



organizadores

Juliano Milton Kruger
Anderson Lincoln Vital da Silva
Geymeesson Brito da Silva
Mariana Faria Filard

GESTÃO PÚBLICA NA REGIÃO AMAZÔNICA

volume 2

Artigos produzidos nos cursos
de Pós-Graduação em Gestão Pública
e Gestão em Saúde do IFAM e IFRR



organizadores

Juliano Milton Kruger

Anderson Lincoln Vital da Silva

Geymeesson Brito da Silva

Mariana Faria Filard

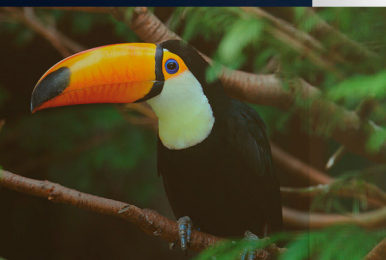
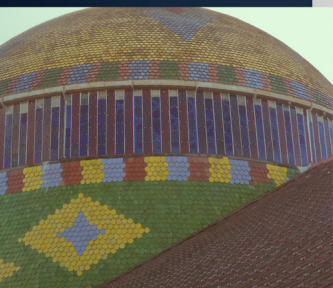
GESTÃO PÚBLICA NA REGIÃO AMAZÔNICA

volume 2

Artigos produzidos nos cursos
de Pós-Graduação em Gestão Pública
e Gestão em Saúde do IFAM e IFRR

| São Paulo | 2023 |





Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G393

Gestão pública na Região Amazônica - Volume 2 / Organizadores Juliano Milton Kruger, Anderson Lincoln Vital da Silva, Geymeesson Brito da Silva, et al. – São Paulo: Pimenta Cultural, 2023.

Outra organizadora: Mariana Faria Filard

Livro em PDF

ISBN 978-65-5939-613-9

DOI 10.31560/pimentacultural/2023.96139

1. Administração pública. 2. Amazônia. I. Kruger, Juliano Milton (Organizador). II. Silva, Anderson Lincoln Vital da (Organizador). III. Silva, Geymeesson Brito da (Organizador). IV. Título.

CDD 351

Índice para catálogo sistemático:

I. Administração pública

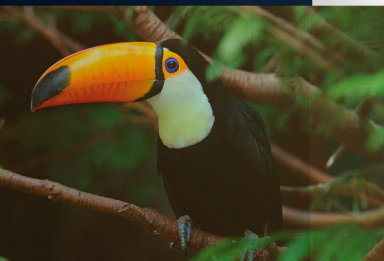
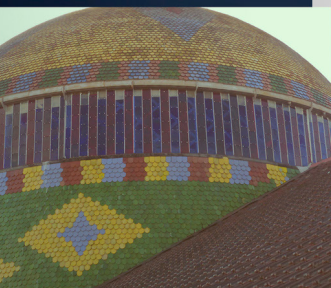
Janaina Ramos – Bibliotecária – CRB-8/9166

Copyright © Pimenta Cultural, alguns direitos reservados.

Copyright do texto © 2023 os autores e as autoras.

Copyright da edição © 2023 Pimenta Cultural.

Esta obra é licenciada por uma Licença Creative Commons: Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional - (CC BY-NC-ND 4.0). Os termos desta licença estão disponíveis em: <<https://creativecommons.org/licenses/>>. Direitos para esta edição cedidos à Pimenta Cultural. O conteúdo publicado não representa a posição oficial da Pimenta Cultural.



Direção editorial	Patricia Biegging Raul Inácio Busarello
Editora executiva	Patricia Biegging
Coordenadora editorial	Landressa Rita Schiefelbein
Diretor de criação	Raul Inácio Busarello
Assistente de arte	Naiara Von Groll
Editoração eletrônica	Peter Valmorbida Potira Manoela de Moraes
Bibliotecária	Jéssica Castro Alves de Oliveira
Imagens da capa	Freepik, Syahstudio, Wirestock - Freepik.com, Ronaldo Caldas/Ascom/MinC - Wikimedia Commons, Ivo Brasil – Pexel
Tipografias	Swiss 721, Gobold High Bold, Sofia Pro
Revisão	Sandra Milena Palomino Ortiz
Organizadores	Juliano Milton Kruger Anderson Lincoln Vital da Silva Geymeesson Brito da Silva Mariana Faria Filard

PIMENTA CULTURAL

São Paulo · SP

Telefone: +55 (11) 96766 2200

livro@pimentacultural.com

www.pimentacultural.com



2 0 2 3

CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO

Doutores e Doutoradas

Adilson Cristiano Habowski
Universidade La Salle, Brasil

Adriana Flávia Neu
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Adriana Regina Vettorazzi Schmitt
Instituto Federal de Santa Catarina, Brasil

Aguimario Pimentel Silva
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Alaim Passos Bispo
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Alaim Souza Neto
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Knoll
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Alessandra Regina Müller Germani
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Aline Corso
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Aline Wendpap Nunes de Siqueira
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Ana Rosangela Colares Lavand
Universidade Federal do Pará, Brasil

André Gobbo
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Andressa Wiebusch
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Andreza Regina Lopes da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Angela Maria Farah
Universidade de São Paulo, Brasil

Anísio Batista Pereira
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Antonio Edson Alves da Silva
Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Antonio Henrique Coutelo de Moraes
Universidade Federal de Rondonópolis, Brasil

Arthur Vianna Ferreira
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Ary Albuquerque Cavalcanti Junior
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Asterlindo Bandeira de Oliveira Júnior
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Bárbara Amaral da Silva
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Bernadette Beber
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Bruna Carolina de Lima Siqueira dos Santos
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Bruno Rafael Silva Nogueira Barbosa
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Caio Cesar Portella Santos
Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel, Brasil

Carla Wanessa do Amaral Caffagni
Universidade de São Paulo, Brasil

Carlos Adriano Martins
Universidade Cruzeiro do Sul, Brasil

Carlos Jordan Lapa Alves
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Caroline Chioquetta Lorenset
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Cássio Michel dos Santos Camargo
Universidade Federal do Rio Grande do Sul-Faced, Brasil

Christiano Martino Otero Avila
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Cláudia Samuel Kessler
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Cristiana Barcelos da Silva.
Universidade do Estado de Minas Gerais, Brasil

Cristiane Silva Fontes
Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

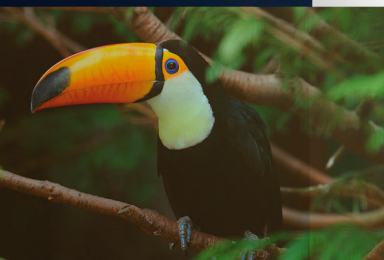
Daniela Susana Segre Guertzenstein
Universidade de São Paulo, Brasil

Daniele Cristine Rodrigues
Universidade de São Paulo, Brasil

Dayse Centurion da Silva
Universidade Anhanguera, Brasil

Dayse Sampaio Lopes Borges
Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil

Diego Pizarro
Instituto Federal de Brasília, Brasil



Dorama de Miranda Carvalho
Escola Superior de Propaganda e Marketing, Brasil

Edson da Silva
Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Brasil

Elena Maria Mallmann
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Eleonora das Neves Simões
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Eliane Silva Souza
Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Elvira Rodrigues de Santana
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Éverly Pegoraro
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Fábio Santos de Andrade
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Fabrcia Lopes Pinheiro
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Felipe Henrique Monteiro Oliveira
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Fernando Vieira da Cruz
Universidade Estadual de Campinas, Brasil

Gabriella Eldereti Machado
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Germano Ehlert Pollnow
Universidade Federal de Pelotas, Brasil

Geymeesson Brito da Silva
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Giovanna Ofretorio de Oliveira Martin Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Handherson Leylton Costa Damasceno
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Hebert Elias Lobo Sosa
Universidad de Los Andes, Venezuela

Helciclever Barros da Silva Sales
*Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
Anísio Teixeira, Brasil*

Helena Azevedo Paulo de Almeida
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Hendy Barbosa Santos
Faculdade de Artes do Paraná, Brasil

Humberto Costa
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Igor Alexandre Barcelos Graciano Borges
Universidade de Brasília, Brasil

Inara Antunes Vieira Willerding
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Ivan Farias Barreto
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Jaziel Vasconcelos Dorneles
Universidade de Coimbra, Portugal

Jean Carlos Gonçalves
Universidade Federal do Paraná, Brasil

Jocimara Rodrigues de Sousa
Universidade de São Paulo, Brasil

Joelson Alves Onofre
Universidade Estadual de Santa Cruz, Brasil

Jônata Ferreira de Moura
Universidade São Francisco, Brasil

Jorge Eschriqui Vieira Pinto
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Jorge Luis de Oliveira Pinto Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Juliana de Oliveira Vicentini
Universidade de São Paulo, Brasil

Julierme Sebastião Morais Souza
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Junior César Ferreira de Castro
Universidade de Brasília, Brasil

Katia Bruginski Mulik
Universidade de São Paulo, Brasil

Laionel Vieira da Silva
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Leonardo Pinheiro Mozdzenski
Universidade Federal de Pernambuco, Brasil

Lucila Romano Tragtenberg
Pontificia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

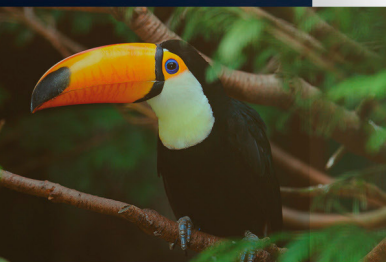
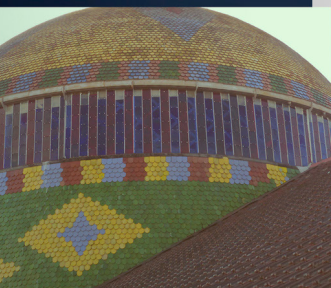
Lucimara Rett
Universidade Metodista de São Paulo, Brasil

Manoel Augusto Polastreli Barbosa
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Marcelo Nicomedes dos Reis Silva Filho
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Marcio Bernardino Sirino
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Marcos Pereira dos Santos
Universidad Internacional Iberoamericana del Mexico, México



Marcos Uzel Pereira da Silva
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Maria Aparecida da Silva Santandel
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Maria Cristina Giorgi
Centro Federal de Educação Tecnológica Celso Suckow da Fonseca, Brasil

Maria Edith Maroca de Avelar
Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Marina Bezerra da Silva
Instituto Federal do Piauí, Brasil

Michele Marcelo Silva Bortolai
Universidade de São Paulo, Brasil

Mônica Tavares Orsini
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Nara Oliveira Salles
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Neli Maria Mengalli
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil

Patrícia Bieging
Universidade de São Paulo, Brasil

Patricia Flavia Mota
Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Raul Inácio Busarello
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Raymundo Carlos Machado Ferreira Filho
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Roberta Rodrigues Ponciano
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Robson Teles Gomes
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Rodiney Marcelo Braga dos Santos
Universidade Federal de Roraima, Brasil

Rodrigo Amancio de Assis
Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Rodrigo Sarruge Molina
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Rogério Rauber
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Rosane de Fatima Antunes Obregon
Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Samuel André Pompeo
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Brasil

Sebastião Silva Soares
Universidade Federal do Tocantins, Brasil

Silmar José Spinardi Franchi
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Simone Alves de Carvalho
Universidade de São Paulo, Brasil

Simoni Urnau Bonfiglio
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Stela Maris Vaucher Farias
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Tadeu João Ribeiro Baptista
Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno
Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil

Taiza da Silva Gama
Universidade de São Paulo, Brasil

Tania Micheline Miorando
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tarcísio Vanzin
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Tascieli Feltrin
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Tayson Ribeiro Teles
Universidade Federal do Acre, Brasil

Thiago Barbosa Soares
Universidade Federal de São Carlos, Brasil

Thiago Camargo Iwamoto
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

Thiago Medeiros Barros
Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Tiago Mendes de Oliveira
Centro Federal de Educação Tecnológica de Minas Gerais, Brasil

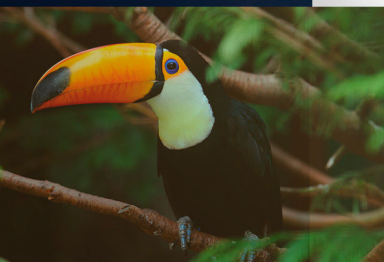
Vanessa Elisabete Raue Rodrigues
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Vania Ribas Ulbricht
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

Wellington Furtado Ramos
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Wellton da Silva de Fatima
Instituto Federal de Alagoas, Brasil

Yan Masetto Nicolai
Universidade Federal de São Carlos, Brasil



PARECERISTAS E REVISORES(AS) POR PARES

Avaliadores e avaliadoras Ad-Hoc

Alessandra Figueiró Thornton
Universidade Luterana do Brasil, Brasil

Alexandre João Appio
Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Bianka de Abreu Severo
Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Carlos Eduardo Damian Leite
Universidade de São Paulo, Brasil

Catarina Prestes de Carvalho
Instituto Federal Sul-Rio-Grandense, Brasil

Elisiene Borges Leal
Universidade Federal do Piauí, Brasil

Elizabeth de Paula Pacheco
Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Elton Simomukay
Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil

Francisco Geová Goveia Silva Júnior
Universidade Potiguar, Brasil

Indiamaris Pereira
Universidade do Vale do Itajaí, Brasil

Jacqueline de Castro Rimá
Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Lucimar Romeu Fernandes
Instituto Politécnico de Bragança, Brasil

Marcos de Souza Machado
Universidade Federal da Bahia, Brasil

Michele de Oliveira Sampaio
Universidade Federal do Espírito Santo, Brasil

Pedro Augusto Paula do Carmo
Universidade Paulista, Brasil

Samara Castro da Silva
Universidade de Caxias do Sul, Brasil

Thais Karina Souza do Nascimento
Instituto de Ciências das Artes, Brasil

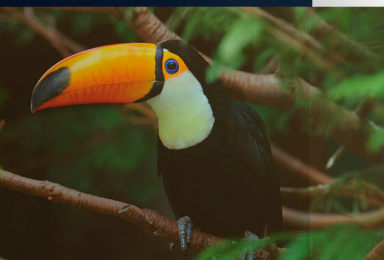
Viviane Gil da Silva Oliveira
Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Weyber Rodrigues de Souza
Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Brasil

William Roslindo Paranhos
Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil

PARECER E REVISÃO POR PARES

Os textos que compõem esta obra foram submetidos para avaliação do Conselho Editorial da Pimenta Cultural, bem como revisados por pares, sendo indicados para a publicação.



SUMÁRIO

Prefácio 16

Apresentação..... 20

Capítulo 1

Qualidade no Atendimento em Órgãos Públicos no Brasil:

um olhar sobre a Ouvidoria do SUS 22

Anderson Júnior Diniz Barroso
Rúbia Silene Alegre Ferreira

Capítulo 2

Anexos de metas fiscais de São José do Rio Preto:

análise entre o previsto
e o executado no período 2017 a 2021..... 44

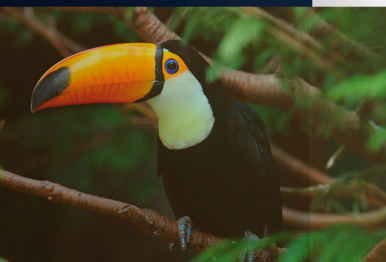
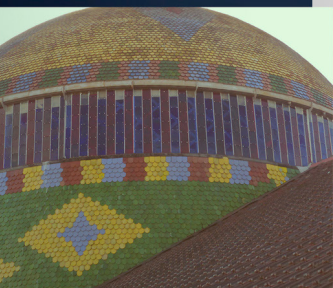
Vinicius Ortolan
Rúbia Silene Alegre Ferreira

Capítulo 3

Ações mais frequentemente utilizadas no gerenciamento

de conflitos políticos na equipe de enfermagem 69

Jéssica Paulino de Oliveira
Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa



Capítulo 4

**Os desafios do profissional
de enfermagem em sua atuação
na gerência de enfermagem:**

revisão integrativa de literatura 83

Juliana Sampaio da Cruz

Jerfeson Nepumuceno Caldas

Capítulo 5

**Saúde pública e a qualidade
do serviço no setor público:**

a importância da auditoria
em enfermagem 109

Natiele Vieira de Oliveira Maciel

Nely Cristina Medeiros Caires

Capítulo 6

Economia da saúde:

a importância dos gastos públicos
e seus impactos socioeconômicos
no Amazonas (2010 – 2020) 128

Lorena Ravielly Carlos Almeida

Michele Tancman Cândido da Silva

Marcelo Hideki Togo

Capítulo 7

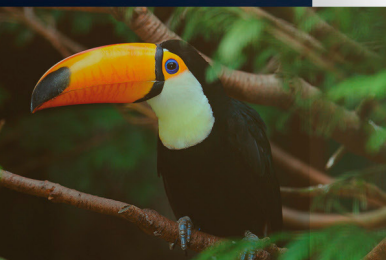
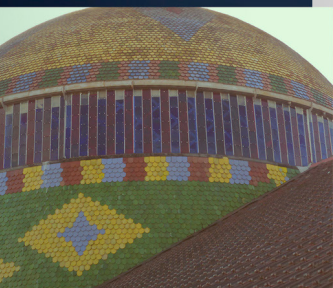
**Avaliação dos riscos
ocupacionais em unidade básica
de saúde no interior do Amazonas:**

relato de experiência 145

Dulceleide Barros Lopes

Taiã Mairon Peixoto Ribeiro

Nely Cristina Medeiros Caires



Capítulo 8

- Profilaxia Pré-Exposição
(PrEP) como método de apoio
para ações de prevenção à infecção pelo HIV:**
uma demonstração dos indicadores
de monitoramento no estado do Amazonas 159

*Françuan de Oliveira Dias
Jefeson Nepumuceno Caldas*

Capítulo 9

- Os significados da soropositividade
para um grupo de mulheres heterossexuais
cisgêneras que vivem com HIV em Manacapuru..... 186**

*Rigson Pablo Ferreira Carvalho
Daniel Cerdeira de Souza*

Capítulo 10

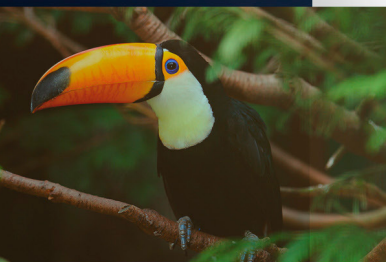
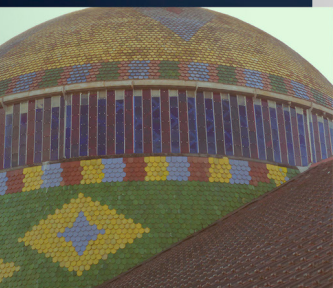
- Doenças raras e políticas públicas no Brasil:**
revisão integrativa da literatura 208

*Railcineide Silva de Sousa
Daniel Cerdeira de Souza*

Capítulo 11

- O Assistente Social no acompanhamento
dos pacientes Internados por COVID-19
em Presidente Figueiredo-AM:**
relato de experiência 232

*Antônia Aquino dos Anjos
Taiã Mairon Peixoto Ribeiro
Jefeson Nepumuceno Caldas*



Capítulo 12

Pandemia de COVID-19:

perspectivas futuras da gestão
de saúde pública no Brasil 255

Jailson Silva Ferreira

Jerfeson Nepumuceno Caldas

Capítulo 13

**Saúde mental de profissionais
da saúde que atuam na linha
de frente da pandemia de COVID-19:**

revisão integrativa da literatura 282

Sara Monteiro Santos

Daniel Cerdeira de Souza

Capítulo 14

**Atuação da Atenção Primária
no planejamento de ações para
o acompanhamento de pacientes**

**Pós COVID-19 no município
de Presidente Figueiredo 308**

Carlyanne da Silva Castro

Grace Fernanda Severino Nunes

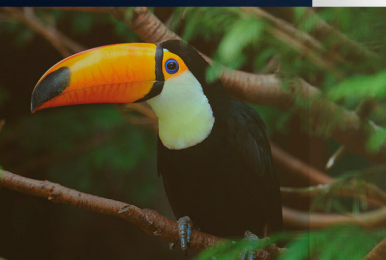
Capítulo 15

**Análise da gestão e organização
dos serviços de fisioterapia na Atenção
Básica à Saúde (ABS) durante**

**o período da COVID-19 no Município
de Manacapuru - Amazonas 327**

Frank Rijkaard Pinheiro da Silva

Grace Fernanda Severino Nunes



Capítulo 16

**Humanização e acolhimento
à pessoa idosa na atenção básica 345**

Ana Claudia de Oliveira Melo

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Capítulo 17

**Atenção domiciliar
na atenção primária à saúde:
revisão integrativa da literatura 360**

Alexandra Marinho Corrêa

Daniel Cerdeira de Souza

Capítulo 18

**Gestão pública em saúde
no desenvolvimento socioeconômico
das comunidades 381**

Anderson Tiago de Freitas Noronha

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Capítulo 19

**Gerenciamento do controle
de estoque de medicamentos
na Secretaria de Saúde do Município
de Urucurituba: relato de experiência..... 392**

Amanda Batista de Castro

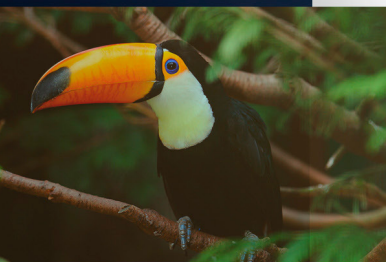
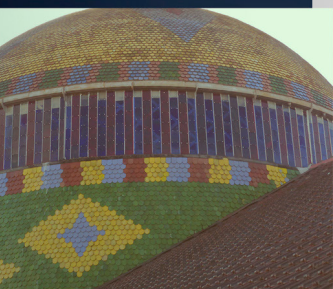
Jerfeson Nepumuceno Caldas

Capítulo 20

**Desafios da Equipe Multidisciplinar
de Saúde Mental para a efetividade
da gestão do cuidado de pessoas
em sofrimento psíquico..... 418**

Manuelle Nascimento da Silva

Albert Lengruber de Azevedo



Capítulo 21

**A importância de centros
de referência médica especializados
no interior do Amazonas:**

análise situacional do município
de Itacoatiara/AM. 439

Paulo Victor da Cunha Ramos

Nely Cristina Medeiros Caires

Capítulo 22

**Processo de trabalho das equipes
de atenção básica na atenção
ao portador de Diabetes Mellitus
na região metropolitana de Manaus:**

PMAQ-AB/2017 459

Vânia Marília Lima Guida

Isabel Cristina Bento

Capítulo 23

Gestão em saúde:

dificuldades encontradas por profissionais
da saúde na aquisição de insumos
hospitalares no período
de pandemia do COVID-19 478

Maria Josefina Goes Gomes

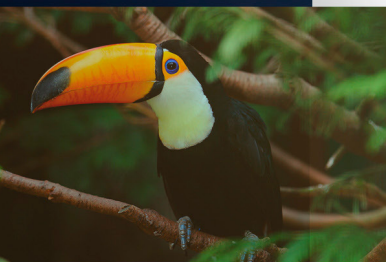
Ankilma do Nascimento Andrade

Capítulo 24

**Doenças raras no contexto
do Sistema Único de Saúde..... 495**

Eleana Ferreira Sarmento

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa



Capítulo 25

**Atuação do profissional biomédico
na gestão das tecnologias em saúde
presentes em laboratório**

clínico hospitalar 507

Ygor Riquelme Antunes

Aline do Couto Muniz

Capítulo 26

**Saúde mental
da população indígena brasileira:**

revisão integrativa de literatura **528**

Vanderson de Souza Pereira

Daniel Cerdeira de Souza

Capítulo 27

Laboratório de análises clínicas:

o papel da rede privada
no apoio a saúde pública **550**

Alcilande de Souza Pinto

Jerfeson Nepumuceno Caldas

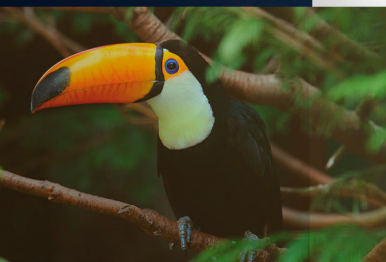
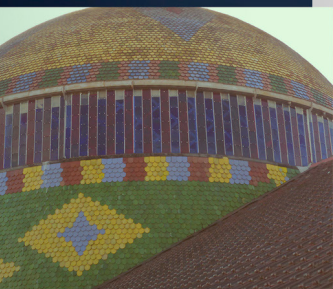
Capítulo 28

Políticas públicas na saúde:

novas perspectivas para o enfrentamento
da pandemia COVID-19 no município
de Caracaraí-RR..... **568**

Maria Sônia Garrido Macedo

Antônia Liliane Silva Mota



Capítulo 29

Planejamento Estratégico Situacional:

utilização do MAPP para diagnóstico
situacional junto à Secretaria de Controle
Interno da Prefeitura Municipal de Bonfim **593**

Leidy Laizza da Silva Costa

Juliano Milton Kruger

Afonso Filho Nunes Lopes

Capítulo 30

**Análise da Aplicação da Moderna
Gestão de Pessoas na Polícia Militar
do Estado do Amazonas (PMAM).....**

613

Nírive Cardoso Coêlho

Juliano Milton Kruger

Capítulo 31

Saúde mental na atenção básica:

Um estudo no município de Itacoatiara/AM **640**

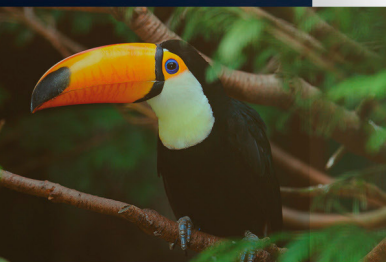
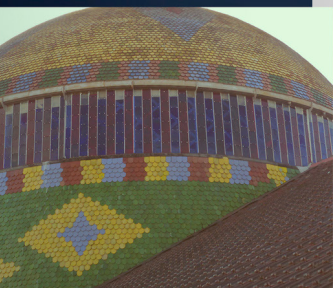
Robison Figueiredo Lira

Daniel Cerdeira de Souza

Sobre os organizadores e organizadora 666

Sobre os autores e autoras..... 668

Índice Remissivo 684



PREFÁCIO

Caro leitor,

Sinto-me honrado em prefaciá-la a coletânea "Gestão Pública na Região Amazônica". Não nasci na região do tambaqui e do cupuaçu, porém, me considero aqui naturalizado e vivo cotidianamente as problemáticas e oportunidades nesta terra tão vasta e ao mesmo tempo intrigante do ponto de vista demográfico, político, ambiental e social.

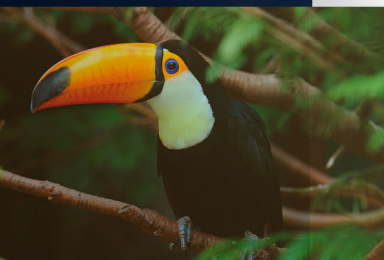
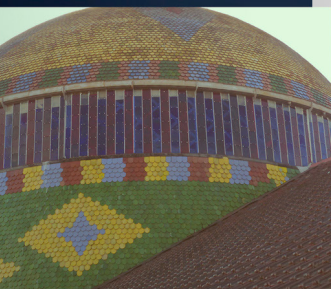
Peço licença para contextualizar a Gestão Pública já que não posso presumir que você esteja completamente familiarizado com a área. Com isso aproveito para destacar alguns pontos que você irá encontrar nesta coletânea de trabalhos.

O estudo da Gestão Pública assumiu significado, segundo Woodrow Wilson, como consequência das complexidades crescentes da sociedade, das funções crescentes do Estado e do crescimento dos governos em linhas democráticas. De acordo com Wilson, o objetivo do estudo da Gestão Pública é descobrir o que o governo pode fazer corretamente e com sucesso e como o faz ou pode fazer estas coisas com a máxima eficiência e o menor custo possível, quer de dinheiro quer de energia.

A importância da Gestão Pública como um assunto especializado pode ser atribuída a quatro razões que considero importantes, mas, de todo, não exclusivas:

1. Uma das razões importantes é a preocupação prática que o governo tem hoje de trabalhar para o interesse público. O primeiro e principal objetivo da gestão pública é a prestação eficiente de serviços públicos. Neste contexto, a definição de Wilson do assunto

SUMÁRIO



SUMÁRIO



como promoção da eficiência enquanto campo pragmático foi a primeira declaração explicitamente articulada sobre a importância de um estudo separado da Gestão Pública da Gestão Geral.

2. A administração é vista, na perspectiva das ciências sociais, como uma atividade cooperativa e social. Assim, a preocupação da investigação acadêmica seria compreender o impacto das políticas e operações governamentais na sociedade. Que tipo de sociedade prevêm as políticas? Em que medida é que a ação administrativa não é discriminatória? Como funciona a gestão pública e quais são os efeitos imediatos e a longo prazo da ação governamental na estrutura social, na economia e na política?; etc. são questões que requerem uma análise cuidadosa. Da perspectiva das ciências sociais, a gestão pública, como disciplina, tem de recorrer a uma variedade de disciplinas irmãs, tais como História, Sociologia, Economia, Geografia, Filosofia, Psicologia, etc., com o objetivo de explicar e não apenas de prescrever.
3. A gestão pública tem um estatuto especial aqui nos países em desenvolvimento como o Brasil. Muitos destes países, após a sua independência do domínio colonial, têm sentido o rápido desenvolvimento socioeconômico. Isso exige que uma gestão pública seja organizada e operada eficazmente para aumentar rapidamente a produtividade. Do mesmo modo, as atividades de bem-estar social têm de ser executadas de forma eficaz. Estes aspectos deram origem à nova subárea da gestão, a gestão do desenvolvimento. O surgimento da gestão do desenvolvimento é indicativo de uma necessidade sentida de um corpo de conhecimentos sobre como estudar a gestão em países que encontram-se no processo de desenvolvimento e, ao mesmo tempo, proporcionar um rápido desenvolvimento socioeconômico com a intervenção do governo.

SUMÁRIO



4. A gestão pública, tal como testemunhado, ocupa um lugar de relevo na vida das pessoas. Toca-as a cada passo. Para a maioria das suas necessidades, os cidadãos dependem dela. Tendo em conta o seu importante papel na vida das pessoas, os cidadãos não podem ignorá-la. Por conseguinte, o seu ensino deve tornar-se parte integrante do currículo das instituições. As pessoas devem conhecer a estrutura do governo, as atividades que este desenvolve e a forma como estas são efetivamente realizadas. O estudo da administração (teoria) e da gestão (prática) pública contribui para a realização dos valores da cidadania.

Na era contemporânea, que testemunhou a emergência do 'Estado Administrativo', a gestão pública tornou-se uma parte essencial da sociedade e um fator dominante. As funções que é chamada a desempenhar, expandiram-se no seu âmbito e natureza, e ainda por cima, estão continuamente a aumentar. Muitas delas são de natureza mais positiva porque cuidam dos requisitos essenciais da vida humana, quer se trate de saúde, educação, recreação, saneamento, segurança social ou outros. É, portanto, um fator criativo, sendo o seu lema o "bem-estar humano coletivo".

Conforme cita Nicholas Henry a gestão pública é uma ampla e amorfa combinação de teoria e prática; o seu objetivo é promover uma compreensão superior do governo e da sua relação com a sociedade, ela governa, bem como encoraja políticas públicas mais receptivas às necessidades sociais e institui práticas de gestão sintonizadas com a eficácia, eficiência e os requisitos humanos mais profundos dos cidadãos.

Gerald Caiden assumiu que a gestão pública desempenha funções cruciais em uma sociedade moderna contemporânea, sendo: a preservação da política; a manutenção da estabilidade e da ordem; a institucionalização das mudanças socioeconômicas; a gestão de serviços de grande escala; a garantia do crescimento e do desenvolvimento

SUMÁRIO



econômico; a proteção dos setores mais fracos da sociedade; a formação da opinião pública; e a influência das políticas públicas.

Vê-se que a gestão pública possui, em países em desenvolvimento, um papel crucial de garantir o crescimento e o desenvolvimento sustentável. Ademais, no Brasil, especificamente na Região Amazônica tal papel torna-se ainda mais complexo de ser desempenhado pelos custos logísticos e pelo famigerado “custo Brasil”.

Ora, mas, qual a importância de uma coletânea que trata da gestão pública no contexto da Região Amazônica?

Os trabalhos desenvolvidos nesta coletânea procuram descortinar ou desobstruir as amarras existentes, dialogando, descrevendo, comunicando e propondo ações saneadoras frente aos gargalos existentes na gestão pública da região. Assim, contribuem ao nível teórico para o desenvolvimento da ciência da administração; ao nível prático para a maior eficiência, eficácia e efetividade das práticas administrativas e conseqüentemente dos serviços públicos e, para além, na construção de uma gestão pública mais transparente, aberta e flexível, voltada ao “bem-estar humano coletivo”.

Juliano Milton Kruger

APRESENTAÇÃO

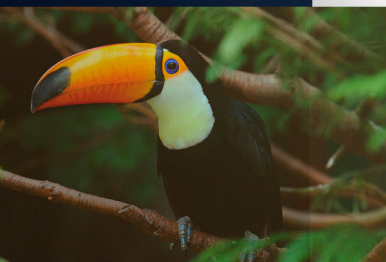
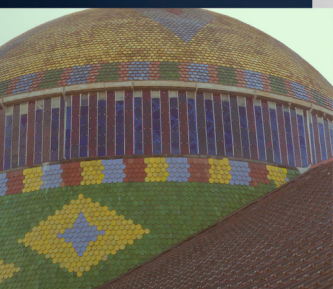
É com imensa satisfação que apresentamos a você leitor a coletânea “Gestão Pública na Região Amazônica”. Este volume, assim como os demais editados, agrupa trabalhos realizados junto aos cursos de Pós-Graduação em Gestão Pública e Gestão em Saúde do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM) – turma 2022, bem como, do curso de Pós-Graduação em Gestão Pública Municipal do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Roraima (IFRR) – turma 2021. Tais artigos versam sobre problemáticas, desafios e possibilidades no âmbito da Gestão Pública da Região Amazônica; região esta tão vasta, intrigante, bela e ao mesmo tempo com tamanhas peculiaridades e particularidades – inclusive na sua gestão.

O nosso intuito ao reunir tais artigos foi divulgar e difundir o conhecimento científico produzido na região para que se possa pensar em uma gestão e políticas públicas mais alinhadas ao contexto local e, principalmente, munir gestores públicos de informações que possam auxiliá-los a tomar decisões mais assertivas – respeitando as peculiaridades e particularidades regionais.

Cada artigo aqui foi escrito com muito carinho e dedicação pelos seus autores. Esperamos que a leitura da obra o possibilite conhecer melhor a região e que você, seja gestor público ou não, possa ser um agente de disseminação de informações sobre a região e mais, se habitante dela, que possa desempenhar o papel de agente de mudanças sociais.

Afinal...

SUMÁRIO



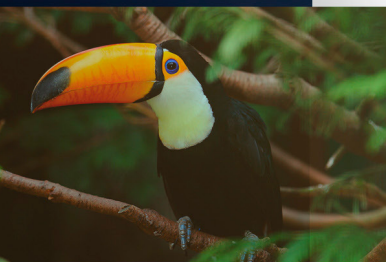
“Na gestão pública é preciso atuar de forma planejada, controlada e organizada para se fazer muito mais com menos recurso e priorizar o bem-estar social da população. Sem isso não existe desenvolvimento social e econômico sustentável.”

Marcelo Rocha

Boa leitura!

Os organizadores.

SUMÁRIO



1

Anderson Júnior Diniz Barroso

Rúbia Silene Alegre Ferreira

QUALIDADE NO ATENDIMENTO EM ÓRGÃOS PÚBLICOS NO BRASIL:

um olhar sobre a Ouvidoria do SUS

SUMÁRIO



Resumo:

A pesquisa em mãos tem por objetivo tecer uma discussão a respeito da qualidade no atendimento em órgãos públicos com foco na ouvidoria do SUS. Em caráter específico, irá identificar necessidades e falhas no atendimento ao cliente; refletir a respeito da qualidade no atendimento ao cliente na prestação de serviços em saúde com foco na Ouvidoria dos SUS; e por fim, apresentar as demandas articuladas por meio da comunicação cliente/SUS. Para dar resposta ao objetivo proposto se fez uma busca em dados do SUS, em seu Relatório Gerencial, que disponibiliza informações a respeito das demandas dos usuários do serviço de saúde do SUS, no Brasil. Os resultados apontam que há um posicionamento dos demandantes desta prestação de serviço e que dependendo da natureza de suas necessidades, há uma resposta do OUVSUS, que reside na busca do cidadão. As demandas consistem em: reclamação, estas são as mais volumosas; denúncias, que ocupam o segundo lugar; solicitações, em terceira posição; busca por informação e por fim, os elogios, que mostram que de alguma forma, há uma atuação assertiva por parte do Órgão.

Palavras-Chave: Atendimento; Órgãos Públicos; Qualidade; Ouvidoria SUS.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Para uma empresa/órgão público se manter, ela deve ter entre seus principais objetivos, a satisfação das pessoas, para isso é necessário analisar se o produto ou o serviço possui nível de qualidade exigido pelos seus consumidores. Não é diferente para os órgãos públicos, pois, para a sobrevivência da organização a qualidade deve envolver todas as dimensões que influenciam na satisfação dos serviços ofertados pela firma.

O tema a ser analisado neste trabalho é a qualidade no atendimento em órgãos públicos no Brasil com base na Ouvidoria do SUS, abordando historicamente o conceito da qualidade, apresentando os métodos e ferramentas de gestão, demonstrando a importância destes no alcance da qualidade na prestação dos serviços públicos, além de enfatizar a importância da indução de controle social no alcance da qualidade.

O Brasil, por ser um país que possui uma vasta faixa de negócios, serviços e produtos, terá sempre elementos suficientes para serem divulgados e explorados pelo lado positivo e um próspero empreendedorismo, temos o mesmo na administração pública, pois a confiabilidade na informação é uma das principais causas para o crescimento e manutenção saudável das empresas que pretendem ter sucesso.

É fundamental compreender que atender o cliente/cidadão com qualidade não se resume a tratá-lo bem, mais do que isso, é preciso saber ouvir e acrescentar benefícios a produtos e serviços objetivando superar as expectativas dos mesmos. É necessário que haja um canal de comunicação direto entre cliente e empresa, através do qual o primeiro é ouvinte que deve atentar-se para as críticas e sugestões transformando-as em insumos à melhoria contínua e especificações de melhores produtos e serviços.

SUMÁRIO



Diante desse contexto, o objetivo desta pesquisa consiste em tecer uma discussão a respeito da qualidade no atendimento em órgãos públicos com foco na ouvidoria do SUS. Em caráter específico, irá identificar necessidades e falhas no atendimento ao cliente; refletir a respeito da qualidade no atendimento ao cliente na prestação de serviços em saúde, com foco na Ouvidoria dos SUS; e por fim, apresentar as demandas articuladas por meio da comunicação cliente/SUS, baseado nos relatórios gerenciais.

Com a globalização e o aumento da competitividade entre as organizações a gestão da qualidade tornou-se elemento crucial para permanência das organizações no mercado. A busca pela satisfação dos cidadãos e pela eficiência nas organizações foram fundamentais para a ênfase dada ao tema atualmente nas instituições públicas.

É fundamental compreender que atender o cliente/cidadão com qualidade não se resume a tratá-lo bem, mais do que isso, é preciso saber ouvir e acrescentar benefícios a produtos e serviços objetivando superar as expectativas dos mesmos. Ou seja, é necessário que haja um canal de comunicação direto entre cliente e empresa, através do qual o primeiro é ouvinte que deve atentar-se para as críticas e sugestões, transformando-as em insumos para melhoria contínua e especificações de melhoria dos serviços à população.

REVISÃO TEÓRICA

Atendimento ao cliente e a gestão pública

No atual cenário organizacional, inúmeras são as mudanças que podem afetar de maneira positiva ou negativa as organizações. É justamente em decorrência dessas mudanças incontroláveis, no ambiente externo, que os órgãos públicos precisam planejar e executar

SUMÁRIO



ações estratégicas preventivas e corretivas, para que tais fenômenos sejam minimizados ou anulados, para garantir assim o crescimento e a sobrevivência do mesmo.

Para que o funcionário atenda bem, é essencial que ele saiba fazer (tenha conhecimento ou habilidades), possa fazer (tenha os recursos necessários) e primordialmente queira fazer. Logo, querer fazer está diretamente relacionado com o clima organizacional, e conseqüentemente, com a sua motivação, satisfação ou seu estado de espírito (LUZ, 2011, p. 47).

O atendimento ao cliente é uma função que jamais se mostra rotineira, já que cada situação se mostra única, com características próprias. Atendimento diferenciado e competente gera uma imagem positiva da empresa na mente do cliente, que vê satisfeitas suas necessidades e expectativas. Na verdade, o atendimento diferenciado é essencial no processo de comunicação interpessoal na empresa. (RIBEIRO, 2011).

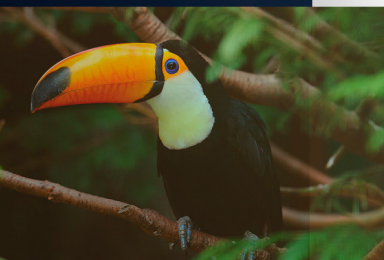
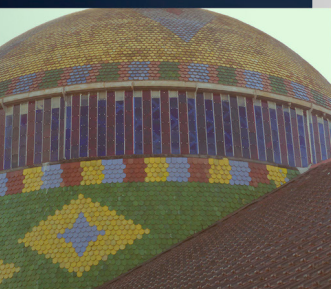
A qualidade passou a fazer parte das organizações e dos órgãos públicos,

[...] seja qual for o porte da empresa, observam-se programas de qualidade e de melhoria de processos na maioria dos setores econômicos. Não importa fazer o melhor produto com os melhores processos, se o que se faz não vai ao encontro do consumidor, razão de ser de todos os processos organizacionais (MARSHALL JÚNIOR *et al.*, 2012, p. 32).

É nesse contexto que inseridas num mercado competitivo, as organizações têm constantemente a função de suprir as expectativas do consumidor, para isso, devem estar atentas e preparadas para melhor atender e satisfazer os clientes. Kotler e Armstrong (2003) ressaltam que:

A concorrência que as empresas de hoje enfrentam é a mais acirrada de todos os tempos (...). Para vencer no mercado de hoje, elas precisam transformar-se em peritas não apenas na

SUMÁRIO



construção de produtos, mas também na construção de clientes. A solução está em executar o trabalho de entregar valor e satisfação para o cliente melhor do que os concorrentes (KOTLER; ARMSTRONG, 2003, p. 474).

A ideia de qualidade no serviço público surge com o gerencialismo, pois, para Moreira (2016), ela teve início na fase consumerista, da administração pública gerencial, e requer a observância de práticas e de princípios gerenciais específicos.

A definição de qualidade está diretamente relacionada à percepção de cada sujeito, existem muitas formas de conceituá-la e mais ainda de implantá-la. Muitas pessoas a avaliam pelas aparências, outras pelo preço, ou seja, há inúmeras interpretações da qualidade.

Qualidade é uma das palavras-chave mais difundidas junto à sociedade e também nas empresas. No entanto, existe certa confusão no uso desse termo. A confusão existe devido a subjetivismo associado à qualidade e também ao uso genérico com que se emprega esse termo para representar coisas bastante distintas (CARPINETTI, 2010, p. 13).

De acordo com Kotler e Keller (2006) qualidade significa satisfazer o consumidor atendendo todas as suas necessidades. Partindo deste princípio criaram-se novas terminologia para definir o grau de interação entre o cliente e a empresa, dentre elas pode-se destacar:

- Satisfação: Suprir as necessidades do cliente;
- Fidelização: Tornar o cliente fiel ao seu produto/marca;
- Encantamento: Alcançar um alto grau de satisfação do cliente a chegar ao ponto de transformá-lo no maior meio disseminador de sua marca no mercado.

Nessa perspectiva, Zenone (2011) afirma que:

SUMÁRIO



Uma das estratégias de competitividade na gestão moderna é sem dúvida oferecer um atendimento de qualidade e conquistar a fidelização dos seus clientes. Se o cliente estiver satisfeito com o atendimento ele será fiel e trará mais clientes. Caso contrário procurará outra empresa que o atenda melhor (ZENONE, 2011, p. 163).

Não importa o nível hierárquico do funcionário dentro da organização, todos que tiverem contato direto ou indireto com o cliente serão considerados pessoas envolvidas na função de atendimento, isso independente da duração do contato interpessoal.

De acordo com Wosniak e Resende (2012), é preciso introduzir mudanças na Administração Pública, com diretrizes e mecanismos de gestão voltados para os interesses da população, visto que, a sociedade atual exige modelos que satisfaçam suas necessidades, levando em consideração a qualidade no atendimento.

O objetivo principal de qualquer organização é a satisfação de seus clientes, pois sem seus clientes a organização não tem propósito, nem existirá por muito tempo. As reclamações mais comuns segundo Assis (2009) estão relacionadas à demora, à burocracia na entrega dos documentos solicitados e ao serviço inadequado de comunicação. A satisfação dos clientes não é uma opção, é uma questão de sobrevivência para qualquer organização.

Para satisfazer o cliente é necessário ter, primeiro, uma compreensão profunda de suas necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolver essas necessidades.

Avaliar o tratamento recebido nos órgãos públicos não se resume somente no modo como o cidadão é tratado, mas se faz necessário avaliar o atendimento por parte do colaborador e por parte do usuário, verificando se todas as suas necessidades foram sanadas e se o mesmo se encontra satisfeito. Assim, o setor público transmitirá imagem positiva e eficiência (CARRIJO; ALVARENGA, 2011).

SUMÁRIO



Para que ocorra a satisfação no atendimento dos serviços públicos, Jacobi e Pinho (2006) alertam para a necessidade de inclusão de propostas que incluam métodos que agreguem qualidade às necessidades dos clientes. Para isso, a organização deverá traduzir essas necessidades em requisitos e cumpri-los sempre, porque o cliente não exigirá menos. Isso exigirá a dedicação de recursos para coletar e analisar dados e informações, sistematicamente, para entender os requisitos e as percepções do cliente (DEMING, 1990).

A chave é atender às necessidades reais dos consumidores sempre, conforme afirma E. Zanini (2016, p.185), que o setor público poderia atender melhor os consumidores se melhor entendessem seus comportamentos, e não somente suas necessidades.

Portanto, compreende-se a necessidade de mudanças para melhor atender e satisfazer os anseios dos cidadãos, e para que isso ocorra é preciso que a esfera pública reavalie seus conceitos e sua função social, uma vez que desencadeia um processo duradouro de conhecimento, entendimento, classificação e relacionamento contínuo com o consumidor.

Qualidade no atendimento ao cliente na prestação de serviços em saúde

A excelência no atendimento está ligada a uma interação entre elementos como aparência; instalações; recursos humanos; recursos de comunicação; disposição para servir; segurança; habilidade em propiciar um clima de confiança e certa intimidade com os clientes; customização, que ocorre quando a organização presta um atendimento tal que identifica os clientes como pessoas, com uma dose extra de carinho e sinceridade que os funcionários dispensam aos clientes (BEE, 2000; PAIVA, 2010).

SUMÁRIO



É necessário que se implante um modelo que venha, não só beneficiar o cidadão, mas que traga o desenvolvimento para os órgãos. Ou seja, é fundamental atingir a eficiência e a eficácia, o desenvolvimento e o comprometimento de quem atende e principalmente de quem o gerencia.

A qualidade da assistência em saúde pode ser definida como satisfação das necessidades dos usuários, considerando que estes deverão ser objetos centrais das estratégias em busca de qualidade, bem como avaliar as atitudes dos profissionais de saúde e dos resultados com o tratamento recebido (BELLUCCI JÚNIOR, 2011).

Com relação à qualidade, um dos pontos que influenciam muito em um sistema de gerenciamento da qualidade é a criação ou mudança de cultura na organização, em que, a cultura nada mais é que um conjunto de crenças difundidas pela organização sobre como conduzir as atividades, como os empregados devem comportar-se e como devem ser tratados, explica Matias-Pereira (2009).

As organizações são feitas por pessoas, portanto nada mais óbvio do que fazer a implantação do processo da qualidade começando por elas, através da comunicação e de sensibilização com todos os integrantes da instituição, isto é, procurando atuar em todos os níveis (tático, estratégico e operacional) da organização (LAS CASAS, 2007, p. 174).

Em geral, o atendimento ao usuário do sistema de saúde é mensurado em sua qualificação pelos laços de simpatia criados pela atuação e influência dos funcionários. Sendo assim, o levantamento das opiniões e sugestões dos usuários de pronto-socorro (PS) de hospitais públicos pode colaborar para a contínua melhoria do atendimento não só do hospital, como do próprio sistema de saúde, além de revelar aspectos em que as suas expectativas ainda não foram plenamente atendidas e nortear ações pertinentes para o aprimoramento de tais serviços (ALMEIDA, 1995; BITTENCOURT; HORTALE, 2009).

SUMÁRIO

O papel das Ouvidorias

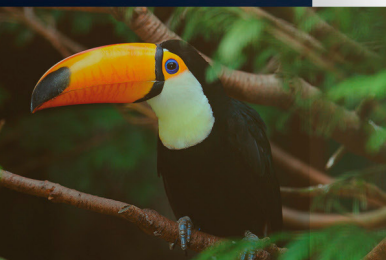
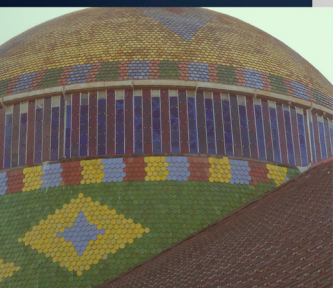
Segundo o Manual da Ouvidoria da SMEQ, Ouvidoria, como a própria palavra estampa, provém do verbo “ouvir”. No sentido geral, sua função é ouvir críticas, reclamações, sugestões e elogios. Tem função mediadora. É um espaço que acolhe e faz ressoar a voz dos atores que atuam no setor público. É também responsável pelo recebimento, acompanhamento de opiniões, comentários, críticas e elogios de todos os que participam direto ou indiretamente do serviço público, sendo responsável também por fazer chegar ao usuário uma resposta das instâncias administrativas implicadas (BRASIL, 2014).

É neste sentido que a Ouvidoria constitui-se em um importante instrumento de participação cidadã e de possibilidade do controle social, de forma direta, na Administração Pública, a medida em que possibilita à sociedade expressar as suas necessidades.

A ouvidoria pública deve ser compreendida como uma instituição que auxilia o cidadão em suas relações com o Estado. Deve atuar no processo de interlocução entre o cidadão e a administração pública, de modo que as manifestações decorrentes do exercício da cidadania provoquem contínua melhoria dos serviços públicos prestados (OUVIDORIA GERAL DA UNIÃO, 2012, p. 8).

Assim, dada as funcionalidades apresentadas, à ouvidoria pública é vislumbrada como meio para participação cidadã e controle social, como se observa na afirmação de Antunes (2010, p. 147) “a ouvidoria pública é considerada um dos instrumentos de participação cidadã e de possibilidade do controle social, de forma direta, na Administração Pública, na medida em que possibilita à sociedade expressar as suas necessidades”.

As Ouvidorias estão presentes nos níveis municipal, estadual e federal, no SUS ficou estabelecido que deveriam representar uma



SUMÁRIO



forma de interação permanente entre o sistema de saúde e os usuários com o propósito de promover a sua participação.

Desta forma a Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS estabelece que:

Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos [...] Dentre eles: “Mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população - que devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, atualmente identificados, principalmente, pelas ouvidorias do SUS, verificação de opiniões de usuários e as consultas públicas (BRASIL, 2005).

A ouvidoria do SUS deve captar a demanda e transmiti-la à instância responsável pelas providências a serem tomadas, desempenhando assim um papel de mediador entre o serviço público de saúde e os usuários. Através da captação de reclamações, denúncias e sugestões, a ouvidoria deve ser capaz de avaliar a satisfação do usuário e detectar os problemas mais incidentes na saúde local.

Enquanto mecanismos de participação, as ouvidorias do SUS, sequer chegam a um patamar razoável de informação ao usuário e estão muito distantes de expressarem-se como um mecanismo de controle social, ainda que entendida pelo próprio Ministério da Saúde e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa como fundamental para a democratização dos serviços de saúde.

A atividade da ouvidoria, é um espaço para receber do usuário suas dúvidas, sugestões, possíveis críticas e também elogios; além disso deve diagnosticar e agilizar mudanças pertinentes a demanda recebida, mantendo condutas que ampliem e garantam a qualidade do atendimento prestado ao usuário, atividades essas evidentemente contrapostas à condições vigentes do sistema de saúde brasileiro (VIANA, 2005).

SUMÁRIO



METODOLOGIA

Para o desenvolvimento do trabalho foram implementadas estratégias de investigação através de levantamento de material bibliográfico e documental com levantamento dos dados e análise dos mesmos. Inicialmente foi feita uma pesquisa bibliográfica com o propósito de se investigar sobre a melhoria do atendimento ao cliente, assim como os fatores que a predispõem. Desta forma, e com sustento em toda a base teórica descrita anteriormente, conseguimos enquadrar a temática presente no estudo, apresentando neste ponto a definição da metodologia, a pertinência de um estudo de caráter qualitativo, os participantes, os instrumentos de recolha de dados, procedimentos do estudo, redução e análise dos dados e tratamento.

As formas de abordagens utilizadas neste trabalho foram a descritiva e exploratória, visto que permitem identificar falhas, erros e descrever procedimentos. Pois, com essas abordagens, as pesquisas qualitativas buscam estudar aspectos da realidade que não podem ser quantificados. Trata-se de uma situação de pesquisa onde observador e observado encontram-se face a face, e onde o processo de coleta de dados se dá no próprio ambiente natural de vida dos observados que passam a ser vistos não mais como objetos de pesquisa, mas como sujeitos que interagem em dado projeto de estudos (LAKATOS; MARCONI, 2000).

Os métodos indutivos foram feitos através de pesquisa científica e exploratória, para assim verificar as possíveis causas do problema, propondo prováveis soluções para o mesmo. Além disso, para que a instituição tenha continuidade no mercado, é necessária uma organização eficaz. Desta forma, o método que se enquadra é o dedutivo, pois segundo Prestes (2005, p. 31) “métodos dedutivos e a racionalização ou a combinação de ideias em sentido interpretativo, tem mais valor que a experimentação caso a caso, ou seja, utiliza-se a dedução, raciocínio que caminha em geral para o particular”.

SUMÁRIO

ANÁLISES E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

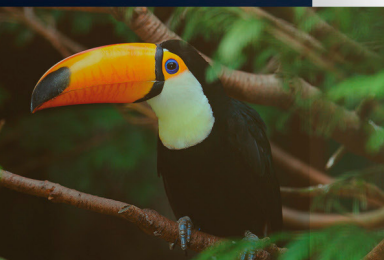
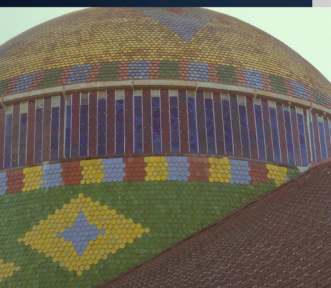
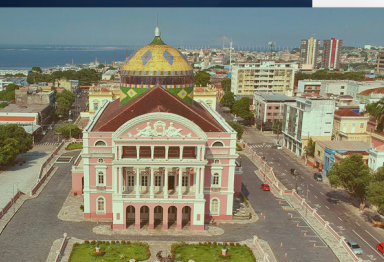
A qualidade do atendimento é uma questão de interesse mútuo, onde necessita de constante atenção por parte dos órgãos públicos, uma vez que a importância da satisfação dos usuários de serviços públicos é um tema relevante e que requer discussões, pois afeta em geral todos os níveis da sociedade.

O atendimento não deve ser centrado unicamente em fatores motivacionais ou emotivos, é necessário que se assuma neste processo de inclusão ao ambiente, uma conduta ética, profissional, responsável, e o acolhimento de qualidade.

Demandas articuladas por meio da comunicação cliente/SUS, baseado nos relatórios gerenciais

A Ouvidoria do SUS (OUVSUS) funciona como canal direto entre usuários do SUS e a gestão do Sistema. É responsável por receber reclamações, denúncias, sugestões, elogios e demais manifestações dos cidadãos quanto aos serviços e atendimentos prestados, e tem como objetivo principal garantir e ampliar o acesso do cidadão na busca efetiva de seus direitos, atuando enquanto ferramenta de gestão e instrumento de fortalecimento do controle social (OUVSUS/DINTEG/MS, 2020).

O sistema permite o acompanhamento de todos os trâmites aos quais as manifestações de atendimento são submetidas. Apesar do percentual de manifestações resolvidas, os dados refletem a necessidade de melhorar seus processos, principalmente no que diz respeito ao monitoramento dessas manifestações. O acompanhamento da demanda deve ser realizado levando-se em consideração o prazo



SUMÁRIO



estabelecido para resposta ao cidadão, sendo imprescindível que cada Ouvidoria monitore seus dados.

A Tabela 1 apresenta a Taxa de Resposta e o Tempo Médio de Resposta (TMR) calculado em dias, e o prazo para a conclusão das manifestações de 2019, que deverá ser o menor possível, sempre observando o que diz a Lei nº 13.460/2017.

Tabela 1 – Taxa de Resposta às demandas realizadas na OUVSUS e TMR

UF	Resolvido	Em tramitação	Taxa de resposta	TMR
AC	4	78	4,9%	77
AL	212	331	39,0%	31
AM	184	320	36,5%	58
AP	5	40	11,1%	239
BA	1.676	2.147	43,8%	62
CE	566	982	36,6%	64
DF	7.372	2.469	74,9%	44
ES	332	614	35,1%	54
GO	894	523	63,1%	48
MA	165	666	19,9%	45
MG	8.916	1.885	82,5%	55
MS	463	244	65,5%	51
MT	407	258	61,2%	56
PA	312	549	36,2%	63
PB	596	788	43,1%	41
PE	1.343	1.018	56,9%	69
PI	10	518	1,9%	50
PR	468	1.178	28,4%	45
RJ	4.844	2.761	63,7%	41
RN	181	680	21,0%	68
RO	4	226	1,7%	53
RR	2	89	2,2%	111

SUMÁRIO



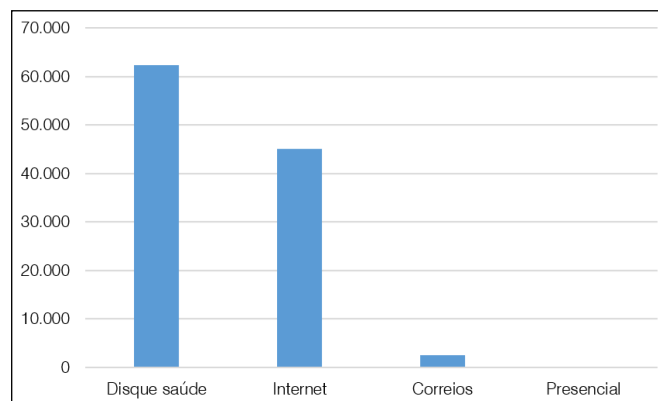
RS	2.239	716	75,8%	53
SC	1.469	440	77,0%	46
SE	46	637	6,7%	40
SP	14.762	7.080	62,0%	67
TO	244	48	83,6%	56
TOTAL	45.716	28.013	62,0%	62

Fonte: Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS).
In: Relatório de Gestão do Ministério da Saúde – 2019.

A Tabela 1 reflete apenas a quantidade de manifestações que foram fechadas mediante uma resposta, isto é, não significa que os usuários foram atendidos em sua plenitude, até porque a resposta pode indicar também a inviabilidade de atendimento ao pleito.

Em 2020, além de receber manifestações diretamente por meio do Disque Saúde 136 e da internet (Formulário *WEB* e e-mail), a OUV-SUS recebe cartas, correspondências oficiais, e realiza atendimentos presenciais no intuito de orientar e registrar adequadamente as manifestações trazidas. Todos esses atendimentos são inseridos no sistema OuvidorSUS, com o objetivo de se ter um repositório único de manifestações. O Gráfico 1 exhibe a distribuição desses canais.

Gráfico 1 – Canais de Atendimento



Fonte: Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS).
In: Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2020).

SUMÁRIO



O contato entre os usuários do SUS e a OUVSUS acontece de diferentes formas, sendo a principal delas o Disque Saúde 136. Como serviço telefônico divulgado há mais de 20 anos pelo MS, o Disque Saúde 136 já se tornou referência nacional no atendimento ao cidadão que utiliza de alguma maneira o SUS, seja para registrar manifestação ou simplesmente esclarecer as dúvidas relacionadas aos assuntos de relevância social, geralmente, divulgados pelo MS ou pela mídia.

O contato entre os usuários do SUS e a OUVSUS acontece de diferentes formas, sendo a principal delas o Disque Saúde 136, como o serviço telefônico divulgado há mais de 20 anos pelo MS.

Além de realizar diretamente o atendimento pelo Disque Saúde 136 e pela internet (Formulário *WEB* e e-mail), a OUVSUS recebe cartas, correspondências oficiais, e realiza atendimentos presenciais no intuito de orientar e registrar os atendimentos realizados.

De acordo com o Decreto nº 9.942/2018, os tipos de manifestações de ouvidoria são: reclamação, solicitação, denúncia, elogio e sugestão. Ao longo de 2021 a Ouvidoria-Geral do SUS registrou e deu tratamento a 134.633 manifestações de ouvidoria, além de pedidos de informação, havendo um aumento de 22,6% em relação ao ano de 2020.

Em 2021, a OUVSUS cadastrou 134.633 manifestações. Destas, 31.097 foram encaminhadas para a Rede Interna e 103.536, para a Rede Externa. Do total de manifestações cadastradas, 61.364 (46%) ainda estavam em tramitação, ou seja, em processo de retorno para o cidadão.

A Ouvidoria do SUS registrou o quantitativo de ligações de 3.419.078 milhões, número maior que o registrado como manifestação, 134.633 atendimentos, pois a manifestação consiste no registro, por parte do cidadão, de uma solicitação, reclamação, elogio ou denúncia à Ouvidoria, gerando um protocolo e a possibilidade de acompanhamento da tramitação da demanda. No contato via 136, não necessariamente

SUMÁRIO



o cidadão faz um registro à Ouvidoria, podendo também realizar uma solicitação de informação.

Tabela 2 – Classificação das manifestações em 2020 e 2021

Classificação	2020	%	2021	%
Reclamação	34.965	32	57.238	43
Solicitação	24.661	23	44.644	33
Denúncia	32.248	29	16.440	12
Informação	11.881	11	11.854	9
Elogio	1.576	1	2.248	2
Sugestão	4.495	4	2.209	2
Total	109.826	100	134.633	100

Fonte: Ouvidoria-Geral do SUS (OUVSUS/DINTEG/MS).
In: Relatório de Gestão do Ministério da Saúde (2021).

Ainda há muito o que fazer quanto a melhoria na qualidade do atendimento nos órgãos públicos brasileiros, como a diminuição no tempo de espera para marcar consulta, da espera para o atendimento, revendo a forma de condução dos métodos de trabalho, a ampliação do espaço físico, mais equipamentos para a realização de exames, busca de atendimento mais humanizado, em que todos os profissionais demonstram mais habilidade e interesse aos sentimentos e informações prestadas pelo paciente.

Foram apresentados dados do Relatório de Gestão do Ministério da Saúde, de 2019 a 2021. Onde em 2019 a Tabela 1 mostra a Taxa de Resposta e o Tempo Médio de Resposta ao cliente/cidadão. Em 2020 o foco foi apresentar os dados referentes aos canais de atendimento por meio do Disque Saúde 136 e da internet (Formulário WEB e e-mail). Já em 2021 teve início um processo de remodelagem da estrutura e dos processos de trabalho da OUVSUS, com o advento da pandemia da Covid-19, o serviço do Disque Saúde 136 disponibilizou um menu específico com informações e orientações sobre a doença para os usuários do SUS.

SUMÁRIO



A Ouvidoria-Geral do SUS registrou as situações, baseando-se nas manifestações e sugestões apresentadas pelos ouvidores e outros eventos relacionados à Covid-19, que foram incluídos no rol de tipificação do sistema OuvidorSUS. E com a continuidade da pandemia, essas informações são atualizadas de forma constante, com o objetivo de orientar o cidadão com informações corretas e confiáveis, combatendo a desinformação e, conseqüentemente, as Fake News.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo consistiu tecer uma discussão a respeito da qualidade no atendimento em órgãos públicos com foco na ouvidoria do SUS. Se realizou um levantamento descritivo da situação atual dos atendimentos na Ouvidoria do SUS, identificando e analisando os principais pontos que necessitam dessas melhorias.

No decorrer da pesquisa se tentou responder à seguinte pergunta: Como melhorar a qualidade no atendimento em órgãos públicos? Apresentando uma pesquisa exploratória e descritiva referente a melhoria na qualidade do atendimento em órgãos públicos com o olhar na Ouvidoria do SUS.

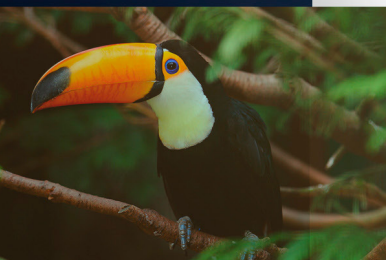
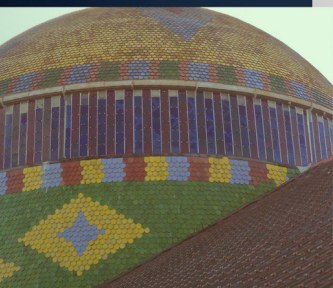
Do ponto de vista acadêmico, pode-se identificar que é possível melhorar os processos de atendimento nos órgãos públicos, que diante das adversidades, faz-se necessário se reinventar, para alcançar a satisfação dos cidadãos. Compreende-se que através das ouvidorias pode-se criar um plano de melhorias na área de atendimento, assim reduzindo os custos, aumentando a produção e sanando os erros dentro da administração pública.

A ouvidoria é um meio importante de conseguir informações de uma gestão comprometida com o bem público e como canal para o

controle social, mesmo carente de maior divulgação para seu pleno uso social e de uma educação para maior consciência ao exercício da cidadania, se tornando um instrumento importante para a institucionalização e a consolidação da democracia brasileira.

Para trabalhos futuros pretende-se fazer o desdobramento em pesquisas que apontem este objeto para a região Norte e detidamente para o estado do Amazonas, no sentido de identificar o nível de interação dos usuários destas unidades de federação, considerando as suas peculiaridades.

SUMÁRIO



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Sérgio. **Cliente, eu não vivo sem você: o que você não pode deixar de saber sobre qualidade de serviços**. 19. ed. Salvador: Casa da qualidade, 1995.

ANTUNES, Ludmila Rodrigues. Ouidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Saúde Coletiva Online**, v. 8, n. 30, 2010.

ASSIS, Janaina Cassa Macedo. **A Qualidade do Atendimento na Administração Pública Municipal**. Disponível em: http://artigos.netsaber.com.br/resumo_artigo_41427/artigo_sobre_a-qualidade-do-atendimento-na-administraao-publica-municipal. Acesso em 15 jun. 2022.

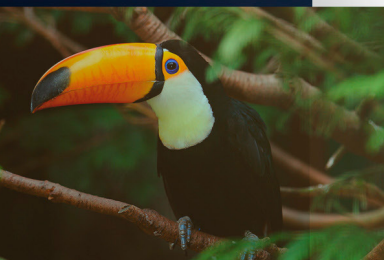
BARROS, D. B. (2009): **Governança de Processos: Proposição de um Modelo Teórico de Governança para Gestão de Processos**. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

BEE, F. **Fidelizar o Cliente**. 4. ed. São Paulo: Nobel, 2000.

BELLUCCI JÚNIOR, José Aparecido; MATSUDA, Laura Misue. O enfermeiro no gerenciamento à qualidade em Serviço Hospitalar de Emergência: revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 797-806, 2011.

BITTENCOURT, Roberto José; HORTALE, Virginia Alonso. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p.1439-54, 2009.

SUMÁRIO



BRASIL. Experiências de Avaliação de Desempenho da Administração Pública Federal. Pesquisa ENAP, Cadernos ENAP nº 55, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/handle/1/3217>. Acesso em 15 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Manual das Ouvidorias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

CARPINETTI, Luiz Cesar Ribeiro. **Gestão da Qualidade – Conceitos e Técnicas**, São Paulo, Atlas, 2010.

CARRIJO, Carmen Vânia; ALVARENGA, Lúcio Ismael. **Qualidade do atendimento prestado ao cliente-cidadão da Secretaria Municipal de Regulação Urbana de Aparecida de Goiânia: um estudo exploratório e propositivo**. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/adm/adm_3104.pdf. Acesso em 15 de junho de 2022.

COSTA, Eliezer Arantes. **Gestão estratégica**: da empresa que temos para a empresa que queremos. 2 ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

DEMING, Edwards W. **Qualidade**: a revolução na produtividade. Rio de Janeiro, Marques Saraiva, 1990.

JACOBI, Pedro; PINHO, José Antônio. **Inovação no campo da gestão pública local**: novos desafios, novos patamares. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de Marketing**. São Paulo: Pearson, 2007.

KOTLER, Philip; KELLER, Kevin Lane. **Administração de marketing**: a bíblia do marketing. 12.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. 10 ed. São Paulo: Novo Milênio, 2000.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1998.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SUMÁRIO



LAS CASAS, Alexandre Luiz. **Qualidade total em serviços**: conceitos, exercícios, caso prático. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LUZ, Silveira Ricardo. **Rh em Síntese** nº 10 mai/jun - ano II - página 47. Disponível em: http://www.gestaoerh.com.br/site/visitante/artigos/gead_011.php. Acesso em: 29 jul. 2022.

MARSHALL JUNIOR, I.; ROCHA, A. V.; MOTA, E. B.; QUINTELLA, O. M. **Gestão da qualidade e processos**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2012.

MATIAS-PEREIRA, José. Manual de Gestão Pública Contemporânea. São Paulo: Atlas, 2007.

MOREIRA, Elisabete de Abreu e Lima. **Administração Geral e Pública para Concursos**. Bahia: Juspodivm, 2016.

OUVSUS/DINTEG/MS. Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório de Gestão 2021. Disponível em: <http://www.gov.br/ouvidoriadosus>. Acesso em: 29 jul. 2022.

OUVSUS/DINTEG/MS. Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório de Gestão 2020. Disponível em: <http://www.gov.br/ouvidoriadosus>. Acesso em: 29 jul. 2022.

OUVSUS/DINTEG/MS. Ouvidoria-Geral do SUS. Relatório de Gestão 2019. Disponível em: <http://www.gov.br/ouvidoriadosus>. Acesso em: 29 jul. 2022.

OGU. OUIDORIA GERAL DA UNIÃO. *Orientações para implementação de uma unidade de ouvidoria*. 5. ed. Brasília - DF: OGU, 2012. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/ouvidoria/arquivos/ogu-implantacao-unidade-ouvidoria.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2022.

PAIVA, Sônia Maria Alves; SILVEIRA, Cristiane Aparecida; GOMES, Elizabeth Laus Ribas; TESSUTO, Maísa Crivellini; SARTORI, Nery Regina. Teorias administrativas na saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 18, n. 2, p. 311-6, 2010.

PEROVANO, Dalton Gean. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. Curitiba: Intersaberes, 2016.

PRESTES, Maria de Mesquita. **A Pesquisa e a Construção do Conhecimento Científico**: Do Planejamento aos Textos, da escola à academia. 3. ed. Rev. Atual. e ampl. – São Paulo: Rêspel, 2005.

RIBEIRO, Paulo César T. **Atendimento diferenciado a clientes**. 2011. Disponível em: <http://www.rhportal.com.br/artigos/wmprint.php?idc_cad=tpt2p6dis>. Acesso em: 15 jun. 2022.

SUMÁRIO

ROCHA, Ângela; CHRISTENSEN, Carl. **Marketing: teoria e prática no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

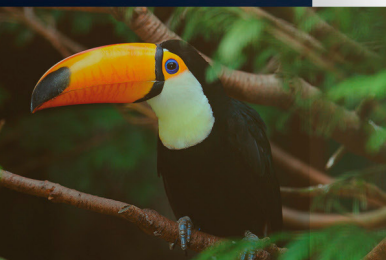
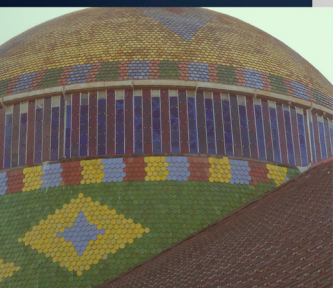
VIANNA, Maria Lúcia Teixeira Werneck; CAVALCANTI, Maria de Lourdes; CABRAL, Marta de Pina. Participação em saúde: do que estamos falando? **Sociologias**, p. 218-251, 2009.

WOSNIAK, Francine Lia; REZENDE, Denis Alcides. **Gestão de estratégias: uma proposta de modelo para os governos locais**. Rev. Adm. Pública, v. 46 n. 3. Rio de Janeiro Maio/Junho 2012.

ZANCHIN, Janete. **Gestão de Vendas e Atendimento ao Cliente**. Santa Catarina: Unisul Palhoça, 2015.

ZANINI. **Fui mal atendido: melhorando a qualidade no atendimento e prestação de serviços**. São Paulo: Biblioteca 24 horas, 2016.

ZENONE, Luís Cláudio. **Gestão estratégica de marketing**, 1. ed. São Paulo, Atlas, 2011.





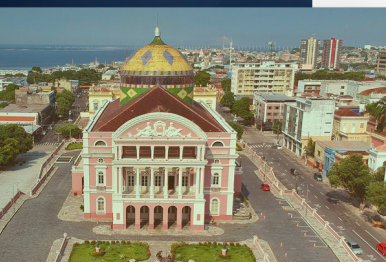
Vinicius Ortolan

Rúbia Silene Alegre Ferreira

ANEXOS DE METAS FISCAIS DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO:

análise entre o previsto
e o executado no período
2017 a 2021

SUMÁRIO



Resumo:

O orçamento público é o desdobramento das ações governamentais em números. A legislação acerca do tema traz uma série de exigências quando de sua elaboração, através de demonstrativos que deverão ser confrontados com a execução do mesmo, de maneira a evidenciar se o planejamento orçamentário está sendo realizado tecnicamente com o cuidado necessário nas estimativas dos números. O trabalho tem como objetivo confrontar os números apresentados no “Anexo de Metas Fiscais - Anexo I - Metas Anuais” da LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias com os números finais de cada ano publicados no “Relatório Resumido da Execução Orçamentária” – RREO do SICONFI - Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro, referente ao Município de São José do Rio Preto, entre 2017 e 2021, de maneira a inferir o grau de acuidade das estimativas orçamentárias do referido Anexo em relação à sua execução apresentada no referido Relatório.

Palavras-Chave: Anexo de Metas Fiscais; Resultado Primário; Resultado Nominal; Dívida Pública Consolidada Líquida.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Para que os governos em todos os níveis funcionem, seja o Governo Federal, Estadual ou Municipal, é necessário a execução financeira de seus atos, quando contrata serviços, paga funcionários, compra insumos. A ação dos governos só é possível pois eles têm a capacidade de arrecadar recursos que serão carreados para sustentar seus gastos. Os governos elaboram então um documento, o “Orçamento Público” onde ele faz uma estimativa das receitas que pretende arrecadar e onde serão gastos esses valores.

Assim, é importante considerar que o orçamento público é um quadro organizacional da administração pública, é através dele que se planeja o quanto vai entrar e o quanto vai sair dos cofres públicos; é nele que se estudam as potencialidades de investimento, as necessidades e as precariedades nas três esferas de governo (União, Estado e Município), decidindo-se por esse ou aquele investimento – portanto, é através do orçamento que se define o quanto arrecadamos e gastamos (VALADARES; LEMOS, 2021).

Quando de sua elaboração, há uma série de exigências legais e documentos obrigatórios a serem criados. Um dos documentos exigidos é a LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias, onde em tal se abarcam as metas de política fiscal em consonância com a trajetória sustentável da dívida pública (CF, art. 165).

Tais instrumentos se exigem nos três níveis de governo, Federal, Estadual e Municipal. Com o advento de Lei nº 101/2000, a Lei de Responsabilidade Fiscal, novas exigências foram incorporadas à LDO, o Anexo de Metas Fiscais, onde serão estabelecidas metas anuais relativas a receitas e despesas assim como os valores do Resultado Nominal e Primário e montante da Dívida Pública para o exercício a que se referirem e os dois seguintes (LRF, art. 4).

SUMÁRIO



Os valores consignados no Anexo de Metas Fiscais são objeto de análise do presente trabalho, onde comparamos os valores colocados no documento na sua elaboração com os valores reais executados, inferindo se a sistemática de planejamento público municipal está operando de maneira consistente. Conforme consta no Manual de Planejamento Público 2021 do TCESP: “Metas fiscais podem ser conceituadas como sendo a expectativa de arrecadação e gastos, visando produzir “sobra” (superávit primário) para quitação de juros e do principal da dívida” (TCE, 2021, p. 45).

A dificuldade para o setor de Planejamento dos Municípios brasileiros que se apresenta muitas vezes na elaboração do Anexo de Metas Fiscais, e sendo este instrumento a base de comparação entre as previsões e execuções orçamentárias usado pelo Tribunal de Contas do estado de São Paulo na análise da Receita (Execução Orçamentária) e Análise do Resultado Primário - LOA Atualizada X Anexo de Metas da LDO, nos coloca a seguinte indagação: **Qual a discrepância entre os valores consignados no “Anexo I - Metas Anuais” do Anexo de Metas Fiscais da LDO em relação aos valores finais da execução orçamentária registrados no “Relatório Resumido da Execução Orçamentária” no SICONFI?**

O objetivo geral do estudo é analisar se os valores consignados no “Anexo I - Metas Anuais” foram estimados com precisão e equilíbrio quando de sua elaboração. Especificamente objetiva-se: verificar se o “Anexo I – Metas Anuais” foi elaborado conforme estabelece a LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal, no período de 2017 a 2021; avaliar a evolução dos valores ano a ano registrado nesses documentos; analisar a discrepância entre os números planejados e os efetivamente realizados no período; avaliar a validade dos índices evidenciados no “Anexo I – Metas Anuais” para gestão da dívida pública municipal.

No presente momento, quando os gestores públicos municipais realizam suas ações administrativas, eles se submetem a uma série

SUMÁRIO



de normativas legais, que os obrigam a elaborar diversos documentos quando se realiza o Planejamento Público Municipal. Tal obrigatoriedade visa o aperfeiçoamento da gestão pública, pois estes trabalhos se tornam a bússola da execução das ações administrativas. Essas ferramentas contemplam os valores que são estimados e servem também para que o gestor trabalhe as prioridades da administração pública, essencial para o atendimento das demandas essenciais e solução dos principais problemas do município que afetam os cidadãos locais. A principal motivação do estudo é saber se esse planejamento do ponto de vista da estimativa das receitas e despesas do Município está sendo elaborado acertadamente quando analisado o “Anexo I - Metas Anuais”.

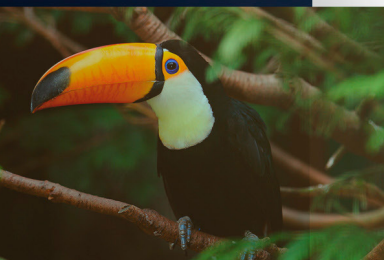
Motiva também pois o Tribunal de Contas do Estado de São Paulo emite alertas sobre o acompanhamento da gestão fiscal do Município quando ocorre o descumprimento das Metas fixadas no referido Anexo, sendo essencial sua elaboração com o devido cuidado e critério metodológico.

A pesquisa visa contribuir com essa análise diante da obrigatoriedade legal de tal documento inferir se, como é colocado como obrigação aos municípios, se tal documento é valioso do ponto de vista de seu uso na gestão municipal.

REVISÃO TEÓRICA

Elaborar um orçamento é uma das formas de controlar as finanças, sejam pessoais, empresariais ou públicas. Porém no campo privado, essa ação é facultativa, enquanto quando passamos para o campo público temos uma atuação compulsória na redação do orçamento. Os governos não podem executar seus gastos sem que exista essa previsão nos orçamentos, onde também estão previstos os suportes

SUMÁRIO



para esses gastos, que são as receitas públicas. Segundo Pires (2011, p. 26) “[...] orçamento público: é uma lei, que expressa as decisões que os representantes dos contribuintes/eleitores (em regimes democráticos) tomam a respeito das receitas e despesas governamentais”.

Segundo o Portal da Transparência do Governo Federal:

Orçamento público é o instrumento utilizado pelo Governo Federal para planejar a utilização do dinheiro arrecadado com os tributos (impostos, taxas, contribuições de melhoria, entre outros). Esse planejamento é essencial para oferecer serviços públicos adequados, além de especificar gastos e investimentos que foram priorizados pelos poderes. Essa ferramenta estima tanto as receitas que o Governo espera arrecadar quanto fixa as despesas a serem efetuadas com o dinheiro. Assim, as receitas são estimadas porque os tributos arrecadados (e outras fontes) podem sofrer variações ano a ano, enquanto as despesas são fixadas para garantir que o governo não gaste mais do que arrecada (PORTAL DA TRANSPARÊNCIA DO GOVERNO FEDERAL).

No Brasil, o suporte legal inicial da elaboração dos Orçamentos Públicos é o artigo 165 da Constituição federal:

Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I - O plano plurianual;
- II - As diretrizes orçamentárias;
- III - Os orçamentos anuais.

...

§ 2º A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, estabelecerá as diretrizes de política fiscal e respectivas metas, em consonância com trajetória sustentável da dívida pública, orientará a elaboração da lei orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento [...] (BRASIL, 1988, art. 165).

SUMÁRIO



A Carta Magna no seu artigo 165 coloca a exigência de metas fiscais com o objetivo de levar a dívida pública à uma trajetória sustentável ao longo do tempo e conforme exigência da mesma, para regulamentar os artigos 163 e 169 da CF/88, foi promulgada a Lei Complementar nº 101 - Lei de Responsabilidade Fiscal que normatiza o tema, conforme seu artigo 1º: “Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição” (BRASIL, 2000).

Tais normas abrangem os poderes de todos os entes públicos nos três níveis, sejam os Governos Federal, estaduais e Municipais conforme redação do art. 1º, §2º e 3º:

Art. 1ª Esta Lei Complementar estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, com amparo no Capítulo II do Título VI da Constituição.

§ 1ª ...

§ 2ª As disposições desta Lei Complementar obrigam a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

§ 3ª Nas referências:

I - À União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, estão compreendidos:

- a) o Poder Executivo, o Poder Legislativo, neste abrangidos os Tribunais de Contas, o Poder Judiciário e o Ministério Público;
- b) as respectivas administrações diretas, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes;

II - a Estados entende-se considerado o Distrito Federal;

III - a Tribunais de Contas estão incluídos: Tribunal de Contas da União, Tribunal de Contas do Estado e, quando houver, Tribunal de Contas dos Municípios e Tribunal de Contas do Município. (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, art. 1º, §2º e §3º).

SUMÁRIO



A exigência de demonstração de Metas Fiscais onde constam resultados nominal e primário e montante da dívida pública, como parte obrigatória da Lei de Diretrizes Orçamentárias está colocada no artigo 4º, parágrafo 1º da LRF:

Art. 4º A lei de diretrizes orçamentárias atenderá o disposto no § 2º do art. 165 da Constituição e:

...

§ 1º Integrará o projeto de lei de diretrizes orçamentárias Anexo de Metas Fiscais, em que serão estabelecidas metas anuais, em valores correntes e constantes, relativas a receitas, despesas, resultados nominal e primário e montante da dívida pública, para o exercício a que se referirem e para os dois seguintes (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, art. 1º, §2º e §3º).

A mesma de Lei de Responsabilidade Fiscal - LRF, dispõe sobre os relatórios onde serão demonstrados os números finais da execução e respectivos cálculos do Resultado Primário e Resultado Nominal, apresentados no “Relatório Resumido da Execução Orçamentária” e “Relatório de Gestão Fiscal”:

Art. 48. São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Art. 53. Acompanharão o Relatório Resumido demonstrativos relativos a:

...

III - resultados nominal e primário;

Art. 54. Ao final de cada quadrimestre será emitido pelos titulares dos Poderes e órgãos referidos no art. 20 Relatório de Gestão Fiscal [...] (Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, art. 48, 53 e 54).

SUMÁRIO



Paganotto, Oliveira e Antunes (2017, p. 68) definem Resultado Primário como “o excedente bruto do governo, dado pela diferença simples entre receitas e despesas primárias (fluxo de caixa não financeiro), a ser utilizado para pagar os juros da dívida pública e controlar o endividamento do Estado”, ou seja, indica o esforço fiscal que o Governo faz para honrar seus compromissos da dívida pública.

O Manual de Demonstrativos Fiscais em sua 11ª Edição do Tesouro Nacional define Resultados Primários como Resultado obtido a partir do cotejo entre receitas e despesas orçamentárias de um dado período que impactam efetivamente a dívida estatal. O resultado primário pode ser entendido, então, como o esforço fiscal direcionado à diminuição do estoque da dívida pública. Contudo, é preciso salientar que o principal parâmetro de endividamento eleito pelo legislador foi a Dívida Consolidada Líquida – DCL.

Nesse sentido, serão consideradas receitas primárias, para fins do arcabouço normativo criado pela LRF e pela RSF nº 40/2001, aquelas receitas orçamentárias que efetivamente diminuem o montante da DCL, ou seja, que aumentam as disponibilidades de caixa do ente sem um equivalente aumento no montante de sua dívida consolidada, excetuadas aquelas com características financeiras (como juros sobre empréstimos concedidos ou remuneração de disponibilidades financeiras) e aquelas fruto de alienação de investimentos.

As receitas primárias são, portanto, receitas orçamentárias apuradas necessariamente pelo regime de caixa. Da mesma forma, são despesas primárias aquelas despesas orçamentárias, apuradas pelo regime de caixa, que diminuem o estoque das disponibilidades de caixa e haveres financeiros sem uma contrapartida em forma de diminuição equivalente no estoque da dívida consolidada.

A apuração **acima da linha do Resultado Primário** possibilita uma avaliação do impacto da política fiscal em execução pelo ente da

Federação. Superávits primários representam esforço fiscal no sentido de diminuição da dívida consolidada líquida. Em contrapartida, déficits primários têm como consequência o aumento da DCL (MANUAL DE DEMONSTRATIVOS FISCAIS DO TESOUREO NACIONAL, 2021).

Figura 1 – Resultado Primário acima da linha



Fonte: Adaptado do pelo autor (2022)

A Figura 1 ilustra o cálculo do Resultado Primário, que é a diferença entre as Receitas Primárias e Despesas Primárias dentro de um determinado período.

E na seqüência no mesmo Manual temos a definição Resultado Nominal:

[...] o resultado nominal pode ser obtido “acima da linha” por meio da soma da conta de juros com o resultado obtido da diferença entre as receitas primárias e as despesas primárias. Pode também ser obtido “**abaixo da linha**”, ou seja, por meio da simples comparação entre os estoques da DCL em momentos diferentes. Pela metodologia abaixo da linha, o resultado nominal representa a diferença entre o saldo da dívida consolidada líquida (DCL) em 31 de dezembro do exercício anterior em relação ao apurado no

período de referência (MANUAL DE DEMONSTRATIVOS FISCAIS DO TESOUREO NACIONAL, 2021, p. 257).

Figura 2 – Resultado Nominal abaixo da linha



Fonte: Adaptado do pelo autor (2022).

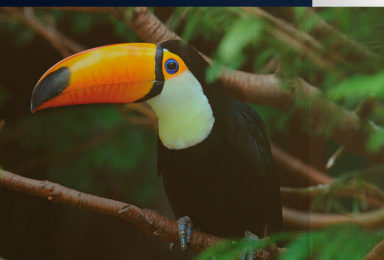
A figura 2 ilustra o cálculo do Resultado Nominal abaixo da Linha, que é a diferença entre a Dívida Consolidada Líquida de um determinado ano e a Dívida Consolidada Líquida do ano anterior a esse.

O mesmo Manual define o quem vem a ser Dívida Consolidada Líquida:

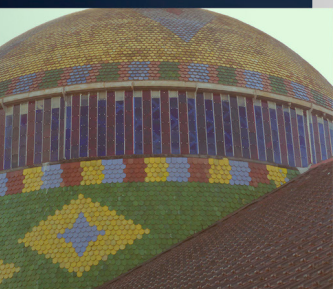
A dívida consolidada líquida (DCL) corresponde ao saldo da dívida consolidada, deduzidas as disponibilidades de caixa, as aplicações financeiras e os demais haveres financeiros, líquidos dos Restos a Pagar Processados (MANUAL DE DEMONSTRATIVOS FISCAIS DO TESOUREO NACIONAL, 2021, p. 258).

Para o Município de São José do Rio Preto, o Resultado Primário demonstrado no RREO é calculado pelo critério acima da Linha enquanto o Resultado Nominal é calculado pelo critério Abaixo da Linha.

Um primeiro questionamento é se os governos municipais têm se valido desses indicadores para estimar e controlar a sustentabilidade de seu endividamento público ao longo do tempo, se este documento tem uma utilidade prática?



SUMÁRIO



METODOLOGIA

Os objetivos do pesquisador em relação ao trabalho que desenvolve, é que definirão os caminhos que ele percorrerá para atingir sua meta. Por esse enfoque, sua pesquisa será o fundamento para as proposições que ele pretende defender. Podemos afirmar que ao se definir essas estratégias, se definirá também a metodologia. Neste sentido, Richardson (2012), afirma que é absolutamente necessário que possam ser identificados os pressupostos do pesquisador em relação ao homem, a sociedade e o mundo em geral. Fazendo isso, pode-se identificar a perspectiva epistemológica utilizada pelo pesquisador. Essa perspectiva orientará a escolha do método, metodologia e técnicas a utilizar em uma pesquisa.

Sobre as razões do porquê pesquisar, entre elas destacamos aqui as razões de ordem prática, com o objetivo de conhecer as exigências legais de se produzir o documento “Anexo de Metas Fiscais - Anexo I - Metas Anuais” da LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias e discutir as possibilidades de os Municípios obrigados a tal, elaborar um documento mais simples e eficiente, conforme Gil (2002) há muitas razões que determinam a realização de uma pesquisa. Podem, no entanto, ser classificadas em dois grandes grupos: razões de ordem intelectual e razões de ordem prática. As primeiras decorrem do desejo de conhecer pela própria satisfação de conhecer. As últimas decorrem do desejo de conhecer com vistas a fazer algo de maneira mais eficiente ou eficaz.

Segundo Gil (2002, p. 42) temos três níveis de pesquisa - pesquisas exploratórias, descritivas e explicativas, sendo que com relação às pesquisas descritivas: “As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.”. Quanto aos objetivos da presente pesquisa, ela é classificada como descritiva

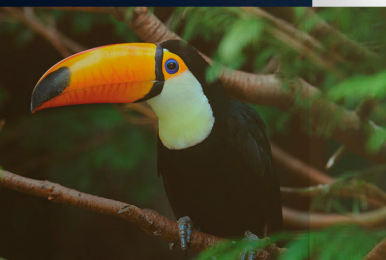
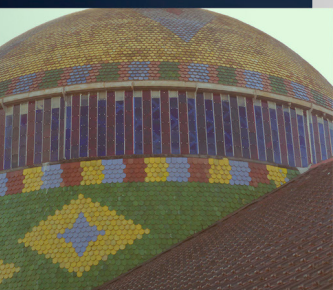
SUMÁRIO

pois seu objetivo é descrever os números do “Anexo de Metas Fiscais - Anexo I - Metas Anuais” da LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias da Prefeitura de São José do Rio Preto - SP.

Quanto aos procedimentos adotados, será uma pesquisa bibliográfica, documental e estudo de caso. A pesquisa será classificada como bibliográfica, pois usará fontes bibliográficas, como livros, manuais do governo e artigos científicos com o propósito de fundamentar a pesquisa e respaldar os resultados obtidos. Como a pesquisa fará uso de dados secundários de natureza quantitativa por meio dos relatórios e demonstrativos financeiros da prefeitura, a pesquisa também será classificada como documental, pois envolve a investigação em documentos internos e externos da organização objeto de estudo, bem como o uso das técnicas quantitativas para análise desses dados.

Segundo Gil (2002, p. 54) “o estudo de caso é uma modalidade de pesquisa amplamente utilizada nas ciências biomédicas e sociais. Consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento, ...”. Como a pesquisa aborda a comparação dos números estimados no “Anexo de Metas Fiscais - Anexo I - Metas Anuais” da LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias do município de São José do Rio Preto - SP, com os valores executados registrados nos relatórios obrigatórios no SICONFI, a pesquisa também será classificada como um estudo de caso.

A coleta dos dados, valores estimados, foi realizada por meio do Portal da Transparência da Prefeitura do Município de São José do Rio Preto/SP - LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias, e complementarmente, os valores realizados, os dados foram coletados junto ao SICONFI - Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. O período de coleta e análise dos dados escolhidos foi de 2017 a 2021, possibilitando analisar a evolução dos números apresentados no “Anexo de Metas Fiscais - Anexo I - Metas Anuais” da LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias, entre o estimado e o realizado.



SUMÁRIO



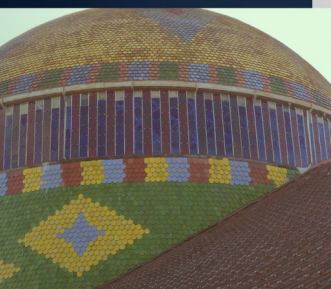
Os dados coletados para análise foram agrupados em tabelas da seguinte maneira - valores previstos em comparação com os valores realizados. Os valores previstos são os valores correntes (pois demonstram o recebimento de diversas receitas já com a devida correção da projeção da inflação futura) do 1º ano evidenciado no Demonstrativo I da LDO, e os valores realizados, coletados do Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO no Sistema SICONFI, ano a ano, de 2017 a 2021.

O “Demonstrativos I - Metas Anuais” da LDO, ano a ano, foram obtidos juntos aos seguintes documentos: Lei nº 12.269 de 19/07/2016 - Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para o Exercício de 2017, Lei nº 12.762 de 29/06/2017 - Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para o Exercício de 2018, Lei nº 12.974 de 27/06/2018 - Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para o Exercício de 2019, Lei nº 13.226 de 17/07/2019 - Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para o Exercício de 2020 e Lei nº 13.513 de 02/07/2020 - Dispõe sobre as Diretrizes Orçamentárias para o Exercício de 2021.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo de cumprir o propósito da pesquisa, foram levantados os números do “Anexo I - Metas Anuais” do Anexo de Metas Fiscais da LDO e comparados com os números da execução orçamentária, através do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO, registrado no Sistema SICONFI da Secretaria do Tesouro Nacional, dispostos em tabela conforme o modelo de relatório disposto no Manual de Demonstrativos Fiscais do Tesouro Nacional, referentes aos anos de 2017 a 2021.

SUMÁRIO



Para facilitar as análises, optou-se por separar as tabelas anualmente, de maneira a evidenciar os percentuais de discrepância dentro de cada período. Analisando as tabelas para cada exercício é possível obter os percentuais de execução de cada item da tabela:

Em relação ao primeiro ano da análise, 2017 - Tabela 1, percebe-se que excetuando o item “Receita Primária”, com uma variação percentual de -3,87% entre o previsto e o realizado, houve uma discrepância muito grande nos outros itens do Demonstrativo, entre os valores projetados e efetivamente realizados.

Tabela 1 – Metas previstas LDO x Realizado (Extraído RREO)

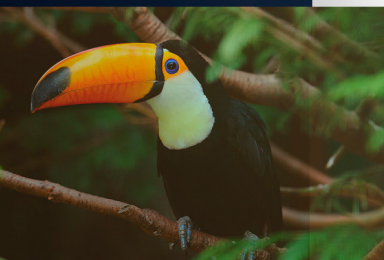
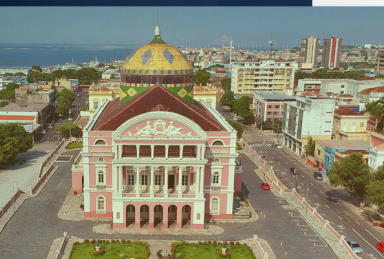
Especificação	Metas previstas para 2017 – AMF da LDO (R\$)	Realizado 2017 (extraído RREO) (R\$)	DIF (R\$)	%
RECEITA TOTAL	1.813.327.500,00	1.554.496.851,47	-258.830.648,53	-14,27%
Receitas primárias (I)	1.536.531.500,00	1.476.999.860,00	-59.531.639,64	-3,87%
DESPESA TOTAL *	1.813.327.500,00	1.485.089,017,12	-328.238.482,88	-18,10%
Receitas primárias (II)	1.777.213.500,00	1.443.203.925,73	-334.009.574,27	-18,79%
RESULTADO PRIMÁRIO (I-II)	-240.682.000,00	33.795.934,63	274.477.934,63	-114,04%
Resultado Nominal	-50.000.000,00	-17.559.680,32	32.440.319,68	-64,88%
Dívida Pública Consolidada	450.000.000,00	233.512.710,18	-216.487.289,82	-48,11%
Dívida Pública Cons. Líquida	200.000.000,00	30.179.335,57	-169.820.664,43	-84,91%

*Valores empenhados.

Fonte: Elaborado pelo autor usando dados da LDO e SICONFI (2022).

Em relação ao segundo ano da análise, 2018 - Tabela 2, percebe-se uma melhora nos índices entre o previsto e realizado, sendo que Receita Total, com variação de -3,05%, Receitas Primárias, com

SUMÁRIO



variação de -3,83%, Despesa Total com variação de -6,45% e Dívida Pública Consolidada com variação -3,07% apresentam valores aceitáveis entre o previsto e o realizado; nos outros itens do Demonstrativo, houve uma discrepância muito grande entre os valores projetados e efetivamente realizados.

Tabela 2 – Metas previstas LDO x Realizado (Extraído RREO)

Especificação	Metas previstas para 2018 – AMF da LDO (R\$)	Realizado 2018 (extraído RREO) (R\$)	DIF (R\$)	%
RECEITA TOTAL	1.786.265.000,00	1.731.794.282,42	-54.470.717,58	-3,05%
Receitas primárias (I)	1.625.727.450,00	1.563.509.376,86	-62.218.073,14	-3,83%
DESPESA TOTAL *	1.786.265.000,00	1.670.963.416,27	-115.301.583,73	-6,45%
Receitas primárias (II)	1.751.666.000,00	1.506.507.946,10	-245.158.053,90	-14,00%
RESULTADO PRIMÁRIO (I-II)	-125.938.550,00	57.001.430,76	182.939.980,76	-145,26%
Resultado Nominal	100.000.000,00	62.586.856,45	-37.413.143,55	-37,41%
Dívida Pública Consolidada	300.000.000,00	290.784.438,57	-9.215.561,43	-3,07%
Dívida Pública Cons. líquida	150.000.000,00	-32.444.296,67	-182.444.296,67	-121,63%

*Valores empenhados

Fonte: Elaborado pelo autor usando dados da LDO e SICONFI (2022).

Para o terceiro ano da análise, 2019 - Tabela 3, constatamos que os índices satisfatórios entre o previsto e realizado, foram Receitas Primárias, com variação de 4,93% entre o previsto e realizado, Despesas Primárias com 5,48% de variação e Dívida Pública Consolidada com -1,45% de variação; nos outros itens do Demonstrativo, houve uma disparidade muito grande entre os valores projetados e efetivamente realizados.

SUMÁRIO

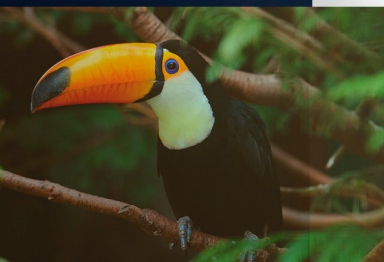


Tabela 3 – Metas previstas LDO x Realizado (Extraído RREO)

Especificação	Metas previstas para 2019 – AMF da LDO (R\$)	Realizado 2019 (extraído RREO) (R\$)	DIF (R\$)	%
RECEITA TOTAL	1.736.077.300,00	1.903.622.770,84	167.545.470,84	9,65%
Receitas primárias (I)	1.613.804.300,00	1.693.305.196,87	79.500.896,87	4,93%
DESPESA TOTAL *	1.736.077.300,00	1.923.111.162,76	187.033.862,76	10,77%
Receitas primárias (II)	1.684.307.300,00	1.776.610.071,52	92.302.771,52	5,48%
RESULTADO PRIMÁRIO (I-II)	-70.503.000,00	-83.304.874,65	-12.801.874,65	18,16%
Resultado Nominal	70.000.000,00	-79.638.769,70	-149.638.769,70	-213,77%
Dívida Pública Consolidada	400.000.000,00	394.218.484,58	-5.781.515,42	-1,45%
Dívida Pública Cons. líquida	200.000.000,00	52.865.255,63	-147.134.744,37	-73,57%

*Valores empenhados

Fonte: Elaborado pelo autor usando dados da LDO e SICONFI (2022).

Analisando o quarto ano do estudo, 2020 - Tabela 4, verificamos que os índices satisfatórios entre o previsto e realizado, foram Receita Total, com variação de 3,49% entre o previsto e realizado, Despesas Primárias com 2,61% de variação, Despesas Total com -1,21% de variação e Despesas Primárias -5,50% de variação; nos outros itens do Demonstrativo, houve um desequilíbrio muito grande entre os valores projetados e efetivamente realizados.

SUMÁRIO

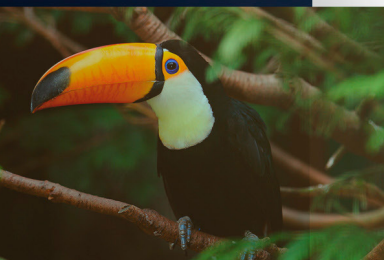


Tabela 4 – Metas previstas LDO x Realizado (Extraído RREO)

Especificação	Metas previstas para 2020 – AMF da LDO (R\$)	Realizado 2020 (extraído RREO) (R\$)	DIF (R\$)	%
RECEITA TOTAL	2.013.065.600,00	2.083.416.579,45	70.350.979,45	3,49%
Receitas primárias (I)	1.799.009.100,00	1.845.973.437,35	46.964.337,35	2,61%
DESPESA TOTAL *	2.013.065.600,00	1.988.667.829,18	-24.397.770,82	-1,21%
Receitas primárias (II)	1.957.656.600,00	1.849.958.931,17	-107.606.668,83	-5,50%
RESULTADO PRIMÁRIO (I-II)	-158.565.500,00	-3.985.493,82	154.571.006,18	-97,49%
Resultado Nominal	0,00	3.429.732,86	3.429.732,86	-
Dívida Pública Consolidada	450.000.000,00	523.918.068,49	73.918.068,49	16,43%
Dívida Pública Cons. líquida	50.000.000,00	81.864.370,20	31.864.370,20	63,73%

*Valores empenhados

Fonte: Elaborado pelo autor usando dados da LDO e SICONFI (2022).

Para o quinto ano da análise, 2021 - Tabela 5, observamos que os índices eficientes entre o previsto e realizado, foram Despesas Primárias, com variação de -1,34% entre o previsto e realizado e Dívida Pública Consolidada com 2,38% de variação; nos outros itens do Demonstrativo, houve uma assimetria grande entre os valores projetados e efetivamente realizados.

SUMÁRIO



Tabela 5 – Metas previstas LDO x Realizado (Extraído RREO)

Especificação	Metas previstas para 2021 – AMF da LDO (R\$)	Realizado 2021 (extraído RREO) (R\$)	DIF (R\$)	%
RECEITA TOTAL	2.010.364.700,00	2.185.504,53	175.405.804,53	8,73%
Receitas primárias (I)	1.891.932.700,00	2.023.490.034,32	131.657.332,32	6,96%
DESPESA TOTAL *	2.010.364.700,00	2.151.858.956,11	141.494.256,11	7,04%
Receitas primárias (II)	1.939.069.700,00	1.913.112.228,96	-25.957.471,04	-1,34%
RESULTADO PRIMÁRIO (I-II)	-47.237.000,00	110.377.803,36	157.614.803,36	-333,67%
Resultado Nominal	1.468.000,00	80.019.545,14	78.551.545,14	5350,92%
Dívida Pública Consolidada	500.000.000,00	511.875.864,40	11.875.864,40	2,38%
Dívida Pública Consolidada	100.000.000,00	1.844.825,06	-98.155.174,94	-98,16%

*Valores empenhados

Fonte: Elaborado pelo autor usando dados da LDO e SICONFI (2022).

A Tabela 6 traz um painel do resumo dos índices de execução apresentados separadamente nas tabelas 1 a 5 anteriores, agrupados de maneira a ter uma melhor visualização dos percentuais de execução dos itens ante sua projeção inicial dentro do período de análise, 2017 a 2021.

SUMÁRIO



Tabela 6 – Porcentagem de Metas previstas LDO x Realizado (Extraído RREO)

Especificação	% Metas prev LDO /realizado 2017	% Metas prev LDO/ realizado 2018	% Metas prev LDO /realizado 2019	% Metas prev LDO/ realizado 2020	% Metas prev LDO/ realizado 2021
Receita Total	-14,27%	-3,05%	9,65%	3,49%	8,73%
Receitas primárias (I)	-3,87%	-3,83%	4,93%	2,61%	6,96%
Despesa Total *	-18,10%	-6,45%	10,77%	-1,21%	7,04%
Receitas primárias (II)	-18,79%	-14,00%	5,48%	-5,50%	-1,34%
Resultado Primário (I-II)	-114,04%	-145,26%	18,16%	-97,49%	-333,67%
Resultado Nominal	-64,88%	-37,41	-231,77%	-	5350,92%
Dívida Pública Consolidada	-48,11%	-3,07%	-1,45%	16,43%	2,38%
Dívida Pública Cons. Líquida	-84,91%	-121,63%	-73,57%	63,73%	-98,16%

*Valores empenhados

Fonte: Elaborado pelo autor usando dados da LDO e SICONFI (2022).

Considerando o valor absoluto de corte aceitável para as projeções e posterior verificação de execução em até 5,50% (destaque na tabela), constatamos que dos 40 índices demonstrados na Tabela 6, apenas 13, 32,5% dos índices atingiram o percentual satisfatório de execução perante sua projeção, sendo que alguns índices trazem discrepâncias da ordem de 100%, 200%, 300% e até 5.000%, evidenciando a dificuldade da execução de tais projeções. O Município quando realizada tal trabalho não tem conseguido a eficiência de planejamento que se esperaria devido principalmente, a meu ver, às exigências metodológicas exigidas pelo Governo Central aos Municípios conforme as considerações seguintes:

De acordo com Manual de Demonstrativos Fiscais que normatiza a execução de tal tarefa, os valores a serem apresentados são valores consolidados da Administração Direta e Indireta. Conforme o

SUMÁRIO

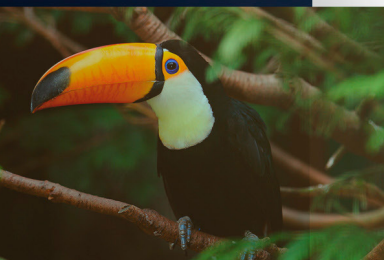


Manual de Demonstrativos Fiscais do Tesouro Nacional, (2021), o Ente da Federação consiste em pessoas jurídicas de Direito Público Interno (União, cada Estado, Distrito Federal e cada Município). Para fins da LRF, nas referências aos entes da Federação estão compreendidos o Poder Executivo, o Poder Legislativo (inclusive os Tribunais de Contas), o Poder Judiciário e o Ministério Público, abrangendo as administrações diretas e indiretas, inclusive fundos, autarquias, fundações e empresas estatais dependentes. Portanto, deverão ser excluídos dos demonstrativos fiscais os valores relativos às empresas estatais que não dependem do orçamento do ente da Federação para custear suas atividades, ou seja, as empresas estatais independentes.

No caso presente do Município de São José do Rio Preto - SP, além da Administração Direta, estão consolidados no Anexo analisado os valores de duas Autarquias Municipais e uma Empresa Pública dependente conforme dita a metodologia do Manual. As previsões de receitas e despesas quando se trata da Administração Direta por si só já traz uma grande complexidade, e quando se faz a consolidação com valores previstos pela Administração Indireta, a possibilidade de ocorrer discrepâncias aumenta sobremaneira, devido a diversos fatores como, as características peculiares orçamentárias dos Entes envolvidos na consolidação dos números, deficiências técnicas de equipes que na maioria das vezes não tem o preparo necessário para tais funções e as dificuldades metodológicas exigidas na elaboração de previsões financeiras.

Na prática da estimativa de valores, outras características influenciadoras como índices futuros de inflação e crescimento da economia municipal se refletem também na modelagem do impacto que terão no crescimento de diversos tributos como IPTU, ICMS, ISSQN, IR e transferências a exemplo do FPM, sendo este mais um dos fatores que influenciam o atingimento ou não de metas globais de arrecadação previstos no Anexo em análise.

SUMÁRIO



Da tabela 6, os três únicos índices que ficaram fora do corte aceitável de 5,5% em todos os anos da análise, foram Resultado Primário, Resultado Nominal e Dívida Pública Consolidada Líquida, sendo que foram os números que apresentaram a maior discrepância entre o Previsto no Anexo da LDO e o realizado demonstrado no RREO final de cada ano.

A aderência entre os valores previstos e o realizado se demonstra prejudicada devido às dificuldades metodológicas, pois na estimativa de tais índices, temos as seguintes dificuldades:

- Estimativa do Resultado Primário: dificuldade de se estimar com precisão o valor das Receitas Primárias e das Despesas Primárias;
- Estimativa do Resultado Nominal (abaixo da linha): dificuldade de se estimar o valor da Dívida Consolidada ao final de cada ano e estimar o valor da disponibilidade de caixa ao final de cada ano;
- Estimativa da Dívida Consolidada Líquida: a mesma dificuldade de estimar o Resultado Nominal (abaixo da linha), visto que ele é consequência direta da estimativa da Dívida Consolidada Líquida: dificuldade de se estimar o valor da Dívida Consolidada ao final de cada ano e estimar o valor da disponibilidade de caixa ao final de a cada ano.

Como crítica às exigências legais, de elaboração pelos Municípios de tal Demonstrativo, temos o conceito de Resultado Primário do MDF:

Resultado Primário requerido: saldo das receitas e despesas primárias. Representa a economia fiscal que o governo se disporá a alcançar, o esforço do gestor com o objetivo de amortizar a dívida pública (MANUAL DE DEMONSTRATIVOS FISCAIS DO TESOURO NACIONAL, 2021, p. 62).

Os Municípios demonstram seus esforços e economias para amortização da dívida pública, os que as têm, através do próprio orçamento público, onde são consignados os valores projetados para

SUMÁRIO



pagamento dos juros e principal de sua dívida. Esses números que já compõem os Orçamentos Públicos, tornando-se a baliza sobre o que se espera atender aos pagamentos de cada ano de seus compromissos frente a esse título, sendo a informação direta e de fácil compreensão.

Com relação ao Resultado Nominal (abaixo da linha) que é consequência direta da variação da Dívida Consolidada Líquida entre dois anos, traz o conceito de Dívida Líquida, que por sua vez nada mais é que comparar a Dívida Pública com as disponibilidade total de caixa ao final de cada exercício, que ao meu ver, é uma exigência metodológica discutível, já que toda disponibilidade de caixa tem seu direcionamento obrigatório e não como possível fundo para abatimento de Dívida Pública, a exemplo da Autarquia do Serviço Municipal Autônomo de Água e Esgoto de São José do Rio Preto, cujo caixa é suporte para a atuação da Autarquia no serviço de abastecimento de água e coleta e tratamento de esgoto, cujos valores de caixa estão consolidados nos Demonstrativos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa foi analisar se os valores consignados no “Anexo I - Metas Anuais” foram estimados com precisão quando de sua elaboração e qual a aderência entre os valores estimados e os efetivamente realizados.

Constatamos que os documentos foram elaborados conforme rege a metodologia obrigatória, contida no Manual de Demonstrativos Fiscais, porém ficou demonstrado a baixa convergência entre os valores, com grande desequilíbrio na maior parte dos índices apresentados, resultado das dificuldades metodológicas de tal trabalho.

Com relação à validade do documento como instrumento de gerenciamento, é discutível também sua utilidade devido aos valores

SUMÁRIO



muito genéricos e pouco claros em sua apresentação, e discrepâncias demonstradas nos valores efetivos quando de sua realização.

Com base nas evidências abordadas no presente estudo, pode-se concluir que existem muitas dificuldades metodológicas e pode-se pensar em uma pesquisa mais aprofundada sobre o tema, sobre mudanças ou sugestões de elaboração de documentos alternativos com conteúdo de melhor utilidade para os Municípios como instrumento gerencial.

REFERÊNCIAS

Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 out. 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 27 maio 2022.

GIACOMONI, J. Orçamento Público. 14. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias. Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto. Disponível em: <http://www.riopreto.sp.gov.br/diretrizes-orcamentarias/>. Acesso em: 27 mai. 2022.

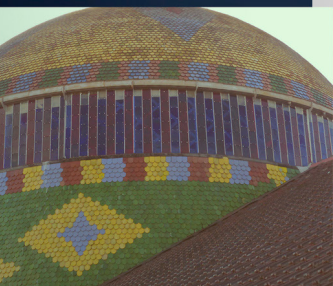
Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 05 maio 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 27 mai. 2022.

Manual de Estatísticas Fiscais do Resultado do Tesouro Nacional. Tesouro Nacional, Brasil, Brasília, DF, 01 abril 2019. Disponível em: <https://www.tesourotransparente.gov.br/publicacoes/manual-de-estatisticas-fiscais-do-resultado-do-tesouro-nacional/2019/30>. Acesso em: 11 jul. 2022.

Manual de Planejamento Público 2021. TCE, São Paulo, SP, 2021. Disponível em: <https://www.tce.sp.gov.br/sites/default/files/publicacoes/Manual%20de%20Planejamento%20Pu%CC%81blico%20%28vf-200121%29%20%281%29.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2022.

Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Demonstrativos Fiscais: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. 11ª ed. Brasília: Secretaria do

SUMÁRIO



Tesouro Nacional, Subsecretaria de Contabilidade Pública, Coordenação-Geral de Normas de Contabilidade Aplicadas à Federação, 2020.

PAGANOTTO, Juliane Fank; OLIVEIRA, José Carlos de; ANTUNES, Gustavo Amorim. Gerenciamento do resultado primário brasileiro: análise dos dividendos pagos por BNDES e CEF ao Tesouro Nacional. **Revista Universo Contábil**, Blumenau, v. 13, n. 2, p. 65-88, 2017.

PIRES, V. A. **Orçamento público**: abordagem tecnopolítica. São Paulo: Cultura Acadêmica: Universidade Estadual Paulista, Pró-Reitoria de Graduação, 2011.

PORTAL DA TRANSPARÊNCIA. Orçamento Público. Disponível em: <https://www.portaltransparencia.gov.br/entenda-a-gestao-publica/orcamento-publico>. Acesso em: 22 jun. 2022.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2012.

SICONFI - Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro. Portal do Governo Brasileiro. Disponível em: <https://siconfi.tesouro.gov.br/siconfi/index.jsf>. Acesso em: 22 jun. 2022.

VALADARES, E. B. M.; LEMOS, M. J. **Contabilidade e orçamento governamental**. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 2021.

3

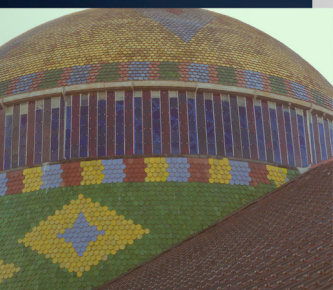
Jéssica Paulino de Oliveira

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

AÇÕES MAIS FREQUENTEMENTE UTILIZADAS NO GERENCIAMENTO DE CONFLITOS POLÍTICOS NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.3](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.3)

SUMÁRIO

**Resumo:**

O enfermeiro tendo o papel de líder é o principal ator na resolução de problemas, sendo este seu grande desafio. Neste sentido, este estudo teve por finalidade descrever as ações mais frequentemente utilizadas no gerenciamento de conflitos políticos entre a equipe de enfermagem. Foi realizado um estudo qualitativo de caráter exploratório, realizado em uma Unidade Saúde de Família, localizada na cidade de Manaus-AM, que oferece atendimento ambulatorial à população em geral entre segunda e sexta-feira. A referida unidade é constituída por médicos (6), cirurgiões dentistas (2), assistente social (1), enfermeiras (4), técnicos e auxiliares de enfermagem (10), técnicos e auxiliares em Saúde Bucal (6), técnico e auxiliares administrativos (2), técnicos e auxiliares em patologia clínica (2) e serviços gerais (2). Os indivíduos selecionados para o estudo foram os integrantes da equipe de enfermagem, sendo eles, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Frente às situações de conflito, alguns enfermeiros as enfrentam de maneira positiva, (os problemas contribuem para o crescimento da equipe), por outro lado, alguns veem o lado negativo dos conflitos (exposição das fragilidades entre a equipe). No entanto, as discordâncias guardadas podem ocasionar ressentimentos, o que acaba gerando pouca cordialidade e concordância superficial em cima de convicções pessoais. Através da realização desse estudo foi possível identificar que o estabelecimento de relações de manutenção de vínculo, cooperação e construção, articulação das ações desenvolvidas pelos profissionais, gerenciamento dos conflitos existentes na equipe e manutenção dos vínculos afetivos são as principais estratégias adotadas por enfermeiros durante as ações gerenciais.

Palavras-Chave: Enfermagem; Conflito; Gerenciamento.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Os interesses dos serviços de saúde públicos e privados evidenciam diferentes funcionalidades e necessidades de gestão, organização, planejamento e orçamento em cada setor. As mudanças que ocorrem nas diferentes estratégias e o desempenho dos gestores refletem nos planos orçamentários com termos de maior ou menor poder discricionário para os executivos, o que acaba impactando no resultado dessas organizações (SANTOS; ALVES, 2011).

Dessa forma, a definição de conflito é explicada pela falta de consonância intrínseca ou extrínseca em resultado da discordância de ideias, crenças e ações entre duas ou mais pessoas. Nesse cenário, os embates têm origem na convivência de indivíduos com pensamentos, cultura e valores diferenciados, além de expectativas e realizações profissionais distintas no meio institucional (LIMA *et al.*, 2014).

A enfermagem exerce nos ambientes de saúde, além do cuidado, o papel de gestão que coloca o enfermeiro como líder da equipe. E, uma das responsabilidades se caracteriza pela administração de conflitos interpessoal, político, organizacional, por isso, espera-se que o profissional possua habilidades que o auxiliem nas ações a serem desenvolvidas durante a resolução das divergências (MARTINS *et al.*, 2020).

Esses conflitos podem ser gerenciados através de quatro métodos: a acomodação, em que há a ocultação dos embates, a dominação, caracterizada pela imposição da parte mais forte pelo seu método resolutivo e, a barganha que finaliza quando ambos os lados cedem em troca de algum benefício que lhes será concedido (AMESTOY *et al.*, 2014).

O profissional em enfermagem, como líder, deve avaliar essas diversas estratégias para resolução de conflitos que possam surgir na equipe de trabalho, de modo que consiga trabalhar em sintonia entre profissionais e usuários, executando um cuidado terapêutico eficiente (FILHO; SANTO, 2016, p. 5).

SUMÁRIO



O relacionamento interpessoal de indivíduos com valores, crenças e formação distintas dão origem aos mais diversos tipos de conflitos que podem ocorrer em um determinado meio. Na equipe de enfermagem, o enfermeiro tem o papel de mediador na resolução de problemas que, normalmente, acontecem na rotina da assistência à saúde. Assim, através de ferramentas de gestão, esse profissional precisa ter competências e habilidade para resolução desses conflitos, a fim de que isso não impacte na assistência à saúde da sociedade (TEIXEIRA; SILVA; DRAGANOV, 2018).

Com isso, entende-se que há necessidade de se analisar os conflitos existentes na equipe de enfermagem, com vistas a identificar quais os tipos de divergências mais frequentemente presentes no ambiente de trabalho. Além disso, extrair as ações que têm sido eficazes no gerenciamento desses problemas, de forma a melhorar as relações interpessoais, através escuta, senso crítico e visão holística de todas as faces do conflito (MARTINS *et al.*, 2020).

Além disso, o profissional de enfermagem também atua como um mediador entre pacientes e os seus familiares. Sua atuação humanizada e holística faz com que amenize a preocupação e ansiedade dos indivíduos que possuem familiares internados ou até mesmo correndo risco de morte. Essa característica de atenção humanitária não ameniza as obrigações de cumprir sua carga teórica-científica e pedagógica, constituindo uma soma de saberes (DAVID *et al.*, 2020).

Bitencourt *et al.* (2020) ainda apontam que além da assistência direta ao paciente, o enfermeiro também é protagonista no gerenciamento e gestão do cuidado. Tendo em vista que o profissional de enfermagem que incentiva, lidera, preza pelas necessidades apresentadas pela equipe e realiza capacitação profissional com sua equipe através de fundamentação científica e de qualidade, acabará alcançando resultados satisfatórios na relação entre equipe e paciente, uma vez que o profissional que dá o seu melhor tende a receber o melhor de sua equipe.

SUMÁRIO



Nessa perspectiva, o enfermeiro sempre é estimulado a desenvolver diversas competências de trabalho em equipe com auxiliares, técnicos e equipe multiprofissional, tendo em vista que este possui um largo conhecimento de seu paciente devido à proximidade do dia a dia. Para isto é necessário que haja respeito, comunicação, confiança, troca de informações, ter o paciente como centro e estar sempre atento ao ambiente (BELARMINO *et al.*, 2020).

Ademais, esse estudo tem impacto positivo na academia ao servir de base para discentes de enfermagem, ao passo que traz ações resolutivas, que contribuirão para esses estarem preparados para gerir conflitos, que são inerentes do processo de cuidado. Desse modo, ao identificar os principais conflitos políticos e suas formas de abordagem, é possível desenvolver planos que visem minimizar os problemas e, portanto, promover um serviço de saúde com mais qualidade.

Assim, diante dos estudos levantados, percebe-se uma carência nos dados sobre as abordagens utilizadas no gerenciamento de conflitos na equipe de enfermagem, logo está pesquisa descreverá ações que contribuirão para encontrar soluções assertivas para o enfrentamento desses problemas entre os profissionais, partindo da seguinte pergunta norteadora: Quais as ações mais frequentemente utilizadas no gerenciamento de conflitos políticos na equipe de enfermagem?

Visto isso, o objetivo do presente estudo foi descrever as ações mais frequentemente utilizadas no gerenciamento de conflitos políticos entre a equipe de enfermagem; identificar os fatores desencadeantes dos conflitos políticos entre a equipe e descrever como esses conflitos são administrados.

SUMÁRIO



METODOLOGIA

Trata-se uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório, que se caracteriza pela procura em entender, por meio de informações qualificáveis, a realidade de certos eventos, a partir da visão dos sujeitos sociais (RICHARDSON, 2007). Através dessa abordagem é possível compreender a essência dos acontecimentos sociais, bem como a frequência com que eles ocorrem.

Por isso, há a finalidade de propiciar uma visão mais ampla e aproximativa do objeto de estudo e, portanto, a pesquisa exploratória segundo Gil (2008, p. 27):

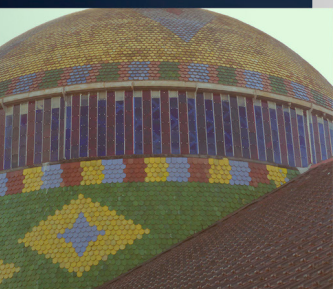
tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2008, p. 27).

O levantamento de dados se deu por meio do estudo de campo que consiste na investigação direta com utilização de questões norteadoras direcionadas a um determinado grupo de indivíduos, cuja ação se pretende identificar (GIL, 2008).

O estudo ocorreu em uma Unidade Saúde de Família (USF), localizada no Distrito Sul (Disa-Sul) da cidade de Manaus-AM, que oferece atendimento ambulatorial à população em geral. Em sua estrutura a unidade é composta por consultórios médicos, de enfermagem e odontológico, sala de vacina, curativo, preparo, Sistema Nacional de Regulação (SISREG), coleta, farmácia e central de esterilização.

A referida USF tem em seu quadro funcional 44 servidores, formado por médicos (6), cirurgiões dentistas (2), assistente social (1), enfermeiras (4), técnicos e auxiliares de enfermagem (10), técnicos e auxiliares em Saúde Bucal (6), técnico e auxiliares administrativos (2),

SUMÁRIO



técnicos e auxiliares em patologia clínica (2) e serviços gerais (2). Até os dias atuais estão cadastrados em seu banco de dados 41.352 usuários, que se beneficiam dos serviços de saúde por ela ofertados entre segunda e sexta-feira no horário das 6:00 às 17:00.

Os indivíduos selecionados para o estudo foram os integrantes da equipe de enfermagem, sendo eles, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que compõe o quadro de funcionários que estão diretamente envolvidos na assistência à saúde da comunidade.

Para a coleta de dados foi utilizada a técnica de entrevista semiestruturada, a qual foi gravada para melhor aproveitamento das informações. Para Marconi e Lakatos (2010, p. 25) “As entrevistas representam um dos instrumentos mais ricos e utilizados para a coleta de dados empíricos. O principal objetivo das entrevistas é compreender determinadas situações ou fenômenos vividos pelos entrevistados”.

As informações necessárias foram obtidas por meio de um instrumento composto por dados de identificação do profissional e perguntas norteadoras a respeito dos conflitos políticos que acontecem na equipe e sobre as ações mais utilizadas na resolução dos problemas.

Os dados obtidos nas entrevistas primeiramente passarão por uma seleção, a fim de filtrar respostas incompletas e fora do contexto da pergunta, para evitar informações confusas. Em seguida, será montada uma tabela, a fim de identificar o número de profissionais participantes da pesquisa e categorização das respostas dadas por eles. Após isso, as respostas serão codificadas de acordo com a categoria profissional, sendo **ENF**: enfermeiro, **TE**: técnico de enfermagem e **AE**: auxiliar de enfermagem. E por fim, agruparam-se as respostas que aparecem com maior frequência, com a finalidade de identificar as ações mais utilizadas na resolução dos conflitos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO OS RESULTADOS

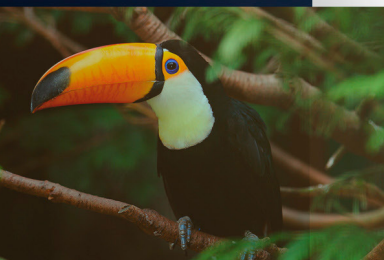
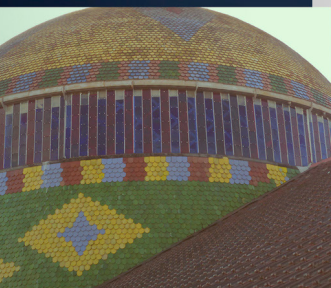
O profissional enfermeiro possui uma atuação importante através da realização de ações gerenciais fundamentadas em instrumentos, meios e competências. No qual as principais atividades gerenciais são desenvolvidas em ambiente hospitalar devido a dependência e complexidade do cuidado, esse trabalho vem sendo indispensável frente a articulação da equipe de saúde, busca por ações estratégicas e organização dos serviços voltados para o usuário (FERREIRA *et al.*, 2019).

Ao se analisar os desafios relatados por enfermeiros durante o desenvolvimento do trabalho gerencial, diz respeito à formação profissional, sobrecarga de trabalho, insatisfação com o trabalho, manutenção da qualidade dos serviços, trabalho em equipe e a resolução dos conflitos. Esses desafios necessitam ser superados pelo enfermeiro tendo em vista que é um trabalho árduo e que possui uma construção contínua (ALMEIDA; PERES, 2012).

Tais obstáculos dizem respeito ao despreparo do profissional, uma vez que existem lacunas na formação do enfermeiro direcionado para a gestão, apesar dos cursos de graduação ofertarem suas próprias diretrizes curriculares, relacionadas ao meio gerencial. Dessa forma, durante a formação os embasamentos teóricos são insuficientes, dessa forma a aprendizagem sobre o sistema gerencial é, na maioria das vezes, executada na prática diária do enfermeiro (DAMASCENO *et al.*, 2016).

O conflito é encarado como um aspecto inerente e impossível de ser extinguido das organizações, principalmente nas instituições em que a forma central de trabalho acontece pelas interações sociais de maneira direta, a exemplo das entidades de saúde. Esses problemas podem desencadear respostas negativas e positivas, a depender de

SUMÁRIO



SUMÁRIO



experiências anteriormente vividas e das estratégias escolhidas para a resolução dos conflitos (CARVALHO; PEDUZZI; AYRES, 2014).

Segundo Filho e Santo (2016, p. 8):

“As relações no ambiente de trabalho são complexas, pois cada indivíduo traz lições profissionais, afetivas, amizades e afinidades, condicionadas por uma série de atividades recíprocas” (FILHO E SANTO, 2016, p. 8).

Lorenzini *et al.* (2015) apontam algumas situações geradoras de conflitos nas equipes de saúde: sistema organizacional, ruídos na comunicação, rivalidade por cargos e posições, que geram improdutividade, tensão, perda de ânimo e falta de comprometimento profissional. Sendo estas as principais razões apontadas pelo enfermeiro como geradoras de conflitos.

Outros apontamentos referem-se a: falta de empatia e respeito entre os profissionais, pensamentos divergentes, dificuldade nas relações interpessoais, múltiplas jornadas de trabalho, déficit de recursos humanos e materiais, ausência de reconhecimento e escala de serviço (SOUZA *et al.*, 2018). Estes são os motivos discriminados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

Assim, as desavenças levam a uma desorganização generalizada da equipe, repercutindo uma imagem de irresponsabilidade com o cuidado prestado, e negligência ao bom andamento das atividades da enfermagem que expõe os pacientes a riscos e danos (AMESTOY *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o enfermeiro emerge no campo da saúde como ator principal, à medida que tem transmutado do antigo modelo tradicional da gestão aos novos modelos de liderança, pautados na interação da equipe de enfermagem entre si e com a comunidade, valorizando habilidades como a comunicação, escuta qualificada,

SUMÁRIO



imparcialidade e decisões racionais no processo dos conflitos (ROTHEBARTH *et al.*, 2016).

Com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a necessidade da mudança do modelo assistencial, sobretudo com a expansão da atenção primária, observa-se que o enfermeiro assume e destaca-se, além da assistência, na função gerencial nos serviços de saúde. Essa função tem requerido melhor qualificação desse profissional para lidar com as interações inerentes aos serviços de saúde e, dentre estas, com as situações de conflito (SILVA; DINIZ; ROSA, 2012 apud SPAGNOL, 2010).

Com essas competências, o enfermeiro necessita construir relações saudáveis, através de relacionamento interpessoal pautado na ética e respeito dentro e fora do ambiente de trabalho, bem como em dinâmicas que promovam troca de ideias, propostas e informações críticas auxiliadoras no processo de convivência (LOPES *et al.*, 2015).

Por isso, a resolução dos conflitos precisa ser subsidiada por um líder com conhecimentos teóricos e vivências práticas no gerenciamento dos ruídos ocasionados pelas relações de trabalho, em que este saiba identificar, conduzir e solucionar os problemas, de forma a não afetar a qualidade do serviço ofertado (FERREIRA; FREITAS, 2021).

Ao se analisar as situações de conflito, alguns enfermeiros as enfrentam de maneira positiva, no qual é possível aplicar perspectivas de análise dos problemas que contribuem para o crescimento da equipe. Por outro lado, alguns enfermeiros veem o lado ruim dos conflitos, tendo em vista que essa situação expõe fragilidades entre a equipe. No entanto as discordâncias guardadas podem ocasionar ressentimentos, o que acaba gerando pouca cordialidade e concordância superficial em cima de convicções pessoais (CIAMPONE; KURCGANT, 2005a).

Souza *et al.* (2018) afirmam que ao decidir a estratégia na resolução dos problemas, deve-se considerar alguns fatores, como as características de cada situação, urgência na solução e atores envolvidos no cenário. Por isso, há necessidade de que o líder conheça sua equipe.

SUMÁRIO



Ademais disso, das diversas formas de abordar os conflitos é possível realizar acomodação, desde que o conflito seja superado por negociação; busca por uma solução intermediária, embora não seja o mais indicado, é possível se chegar ao melhor acordo possível; por fim, a confrontação que se apresenta como a abordagem mais difícil na resolução dos problemas, uma vez que as ideias e sentimentos são debatidos abertamente, trabalhando com as discordâncias para se chegar a melhor solução para ambos, no qual os “opponentes” se tornam colaboradores (CIAMPONE; PEDUZZI, 2005b).

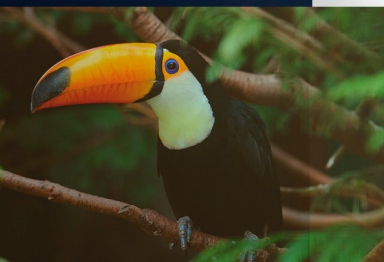
Teixeira *et al.* (2018) abordam o acordo como um método resolutivo, em que os indivíduos buscam satisfazer o desejo de ambos, onde naquele momento há abdicação, porém com alguma concessão em troca. E, vemos a colaboração sendo bastante utilizada, a passo em que os atores envolvidos no conflito renunciam a suas opiniões para convergir para um bem comum.

Além disso, as estratégias mais utilizadas para o desenvolvimento proveitoso do trabalho em equipe são a articulação das ações desenvolvidas pelos profissionais, estabelecimento de uma relação de construção, cooperação, manutenção dos vínculos e o gerenciamento desses conflitos (SANTOS *et al.*, 2016).

CONCLUSÕES

Através da realização desse estudo foi possível identificar as principais estratégias adotadas por enfermeiros durante as ações gerenciais, no qual houve destaque para o estabelecimento de relações de manutenção de vínculo, cooperação e construção, articulação das ações desenvolvidas pelos profissionais, gerenciamento dos conflitos existentes na equipe e manutenção dos vínculos afetivos.

SUMÁRIO



No entanto, foram identificadas lacunas durante a formação acadêmica do enfermeiro, despreparo, restrição e imposição impostas pelas unidades, atitudes e habilidades, desvalorização profissional, sobrecarga de trabalho e insatisfação no trabalho. Visto isso, as atividades gerenciais possuem como característica a liderança, comunicação eficaz, relacionamento interpessoal e administração adequada dos conflitos que favorecem o trabalho em equipe.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maria de Lourdes; PERES, Aida Maris. Conhecimentos, habilidades e atitudes sobre a gestão dos formados de enfermagem de uma universidade pública brasileira. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 30, n. 1, p. 66-76, 2012.

AMESTOY, Simone Coelho; BACKES, Marli Schubert; Thofehrn, Maira Buss; MARTINI, Jussara Gue; MEIRELLES, Betina, Horner Schlindwein; TRINDADE, Letícia de Lima. Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014.

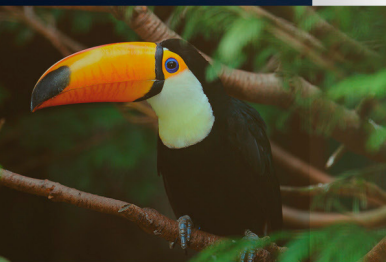
BELARMINO, Adriano da Costa; RODRIGUES, Maria Eunice Nogueira Galeno; ANJOS, Saiwori de Jesus Bezerra; FERREIRA JUNIOR, Antonio Rodrigues. Práticas colaborativas em equipe de saúde diante da pandemia de COVID-19. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 73, suplemento 6, p. 1-5, 2020.

BITENCOURT, Júlia Valéria de Oliveira Vargas; MESCHIAL, William Campo; FRIZON, Gloriana; BIFFI, Priscila; SOUZA, Jeane de Barros; MAESTRI, Eleine. Protagonismo do enfermeiro na estruturação e gestão de uma unidade específica para COVID-19. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 29, p. 1-11, 2020.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PEDUZZI, Marina; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1453-1462, 2014.

CIAMPONE, Maria Helena Trench; KURCGANT, Paulina. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURGANT, Paulina. **Gerenciamento dos serviços de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005a.

SUMÁRIO



CIAMPONE, Maria Helena Trench; PEDUZZI, Marina. Trabalho em equipe e processo grupal. *In*: KURGANT P. **Gerenciamento dos serviços de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005b.

DAMASCENO, Carolina Kílcia Carvalho Sena; CAMPELO, Thaís Portela Teixeira; CAVALCANTE, Isamara Barbosa; SOUSA, Pollyana Silva Alves; MOREIRA, Wanderson Carneiro; CAMPELO, Diego Sousa. The nursing managerial work: professional nurses' knowledge about their skills management. **Revista de Enfermagem UFPE online**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1216-22, 2016.

DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal; ACIOLI, Sonia; SILVA, Maria Rocineide Ferreira; BONETTI, Osvaldo Peralta; PASSOS, Hozana. Pandemia, conjunturas de crise e prática profissional: qual o papel da enfermagem diante da Covid-19? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 42, n.1, p. 1-7, 2020.

FERREIRA, Shirley Kellen; FREITAS Amandda Souza. Gerenciamento de conflitos na equipe de enfermagem: o papel da liderança. **Revistas Voos Polidisciplinares**, Guarapuava, v. 8, n. 2, p. 4-26, 2021.

FERREIRA, Vitor Hugo Souto; TEIXEIRA, Veronica Modolo; GIACOMINI, Márcia Aparecida; ALVES, Larissa Roberta; GLERIANO, Josué Souza; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 1-11, 2019.

FILHO, Vilma Teodoro; SANTO, Maria Claudia Bispo do Espírito. O gerenciamento do enfermeiro na resolução de conflitos em uma unidade de saúde secundária. **Enfermagem**, Várzea Grande, v. 1, n. 1, p. 1-10, 2018.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA, Suzinara Beatriz Soares de; RABENSCHLAG, Liange Arruá; TONINI, Tanise Finamor Ferreira; MENEZES, Francislene Lopes; LAMPERT, Ariele do Nascimento. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 4, n. 2, p. 419-428, 2014.

ALMEIDA, Mariana Lúcia Silva; LOPES, Edvânia Rodrigues; SOUZA, Jaqueline Enir Oliveira; SILVA, Walker Alexandre. Conflitos na equipe de enfermagem: um desafio na gestão do enfermeiro. **Única Cadernos Acadêmicos**, Ipatinga, v.1, n.1, p. 1-10, 2015.

SUMÁRIO



LORENZINI, Elisiane; MIENTKEWIC, Gelci Almeida; DECKMANN, Lidiane Rossato; BAZZO, Karen Olívia; SILVA, Eveline Franco. Conflitos na equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 6, n. 2, p. 1764-1773, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade.; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica: Técnicas de Pesquisa**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, Maria Manuela; TRINDADE, Letícia de Lima; VANDRESEN, Lara; AMESTOY, Simone Coelho; PRATA, Ana Paula; VILELA, Carlos. Estratégias de gestão de conflitos utilizadas por enfermeiros gestores portugueses. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, p. 1-8, 2020.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

ROTHERBARTH, Alexandra de Paula; CESÁRIO, Juleandrea Bido; LIMA, Luciana Portes de Souza; RIBEIRO, Mara Regina Rosa. O trabalho em equipe na enfermagem: da cooperação ao conflito. **Revista Gestão & Saúde**, Brasília, v. 7, n. 2, p 521-534, 2016.

SANTOS, José Luís Guedes; SILVA, Maria Alice Dias; PESTANA, Aline Lima; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n.1, p. 1-7, 2016.

SANTOS, Sandra Regina Toledo; ALVES, Tiago Wickstrom. O impacto da Lei de Responsabilidade Fiscal no desempenho financeiro e na execução orçamentária dos municípios no Rio Grande do Sul de 1997 a 2004. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 45, n.1, p. 181-208, 2011.

SOUZA, Ana Caroline Duarte; SILVA, Fabiana Souza; ESPINDOLA, Juliana Silva; MOREIRA, Natalia Lima; DRAGANOV, Patrícia Bover. Atuação do enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 73, p. 1-12, 2018.

TEIXEIRA, Natalia Longati; SILVA, Milena Muniz; DRAGANOV, Patrícia Boyer. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.18, n. 73, p. 13-20, 2018.

4

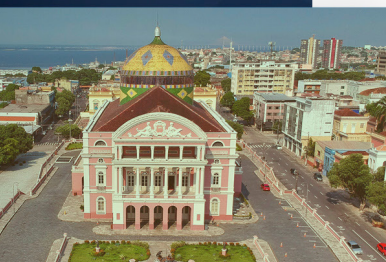
Juliana Sampaio da Cruz

Jerfeson Nepumuceno Caldas

OS DESAFIOS DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM EM SUA ATUAÇÃO NA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM:

revisão integrativa de literatura

SUMÁRIO

**Resumo:**

Sabemos que o número de profissionais de enfermagem no cargo de gestão tem crescido nos últimos anos, acompanhado de grandes desafios dentro da unidade hospitalar, os quais envolvem processos em diversas questões, sejam éticas, morais, conflitos ou tomada de decisão, ocasionando impactos positivos ou negativos. Este trabalho teve como objetivo descrever as competências e habilidades necessárias para que um profissional de enfermagem possa atuar na gestão de enfermagem. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica extraído das bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Revista de Eletrônica de Enfermagem (REE), publicados no período de 2015 a 2022. Neste estudo foram encontrados 42 artigos, onde 28 foram incluídos, uma vez que continham informações de acordo com os propósitos da pesquisa. Percebe-se que nos estudos realizados que para o cargo de gestor de enfermagem prevaleceu o gênero do sexo feminino; aos quais características se sobressaíram: ter atitudes inovadoras, dinamismo, visão ampliada e comunicação para com a equipe. Em relação aos desafios destaca-se o absenteísmo, desmotivação no ambiente de trabalho e a falta de capacitação dos profissionais.

Palavras-Chave: Gestão; Enfermagem; Estratégias; Conflitos.

INTRODUÇÃO

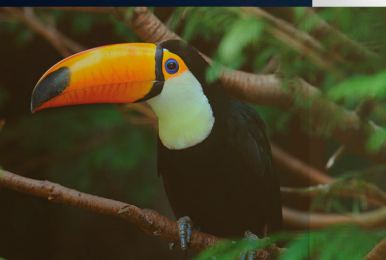
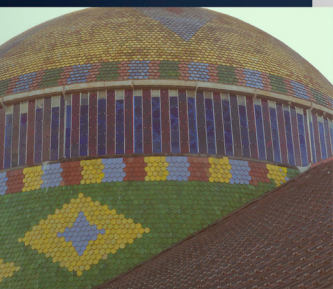
Nos últimos anos o profissional de enfermagem tem desenvolvido um papel fundamental nas atuações de gerenciamento, sendo responsável pela coordenação do processo de trabalho da equipe de enfermagem. Com isso, surgem os desafios, onde a inclusão da enfermagem como condição, se torna imprescindível, determinando ações idealizadoras, organizadoras e contínuas para o processo de trabalho em saúde.

O enfermeiro tem, cada vez mais, assumido posições de gerência nos serviços de saúde, principalmente no ambiente hospitalar, onde se destaca pela visão de conjunto articulando as áreas administrativas, assistenciais e de ensino e pesquisa, portanto, seu papel enquanto gerente pode se tornar decisivo na realização do cuidado com qualidade aos pacientes (MULLER *et al.*, 2017, p. 5322).

A ação gerencial voltada para resolução dos problemas em uma unidade de saúde baseia-se em fundamentos, ferramentas e domínio. Para isso, é necessário que o gestor em enfermagem conheça as dificuldades que cercam sua equipe, bem com a articulação, buscando formular estratégias que visem o impacto em melhorias voltadas para os colaboradores e clientes na assistência de enfermagem.

A enfermagem no seu processo de trabalho enfrenta constantemente as mais diversas questões éticas e morais que permeiam os conflitos e as relações de poder existentes entre pacientes, chefias e outros profissionais da saúde, impactando na fragilidade da assistência ao paciente, pela insuficiência de gestão de pessoas em enfermagem e de recursos materiais, condições inadequadas de trabalho, excesso de burocracia, modelo biomédico e a organização do trabalho em si (DRAGO, 2015).

SUMÁRIO



SUMÁRIO



No âmbito hospitalar, o líder de enfermagem deve realizar um trabalho visando o alcance das metas que são determinadas, alcançando resultados satisfatórios e fazendo com que a assistência de qualidade ao paciente e a satisfação da equipe de enfermagem sejam os alvos principais (OLIVEIRA; RODRIGUES, 2017, p. 16).

Entretanto, quando o enfermeiro se encontra em exercício da dimensão gerencial, muitas vezes, é permeado por dilemas, dúvidas, conflitos, incompreensões e contradições, devido ao fato, dele ainda desenvolver atividades administrativas pouco articuladas com as ações assistenciais (MORORÓ *et al.*, 2017, p. 324).

O interesse pelo tema se deu pelo fato de que o cenário hospitalar atualmente tem refletido na assistência da equipe de enfermagem, o que despertou ao longo da residência multiprofissional, dos estágios realizados nas unidades hospitalares, onde por diversas vezes, pôde-se observar situações de conflitos entre a equipe de enfermagem. A importância da dimensão gerencial, bem como o dinamismo processual inerente a essas abordagens, experienciais vivenciadas ao lado de gestores, o que justifica esse estudo que teve como busca o embasamento científico nacionais e internacionais, sobre contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem na atenção à saúde.

Percebe-se que no ambiente hospitalar ainda há uma falta de comunicação efetiva, o que leva a conflitos entre o enfermeiro assistencial e o gerente de enfermagem. Com isso, a gestão em saúde de uma unidade hospitalar também pode ter problemas quanto a administração de erros que podem ser repassados aos colaboradores que atuam em frente aos processos deste ambiente.

Daí a importância de reconhecer quais as competências e habilidades necessárias que um profissional de enfermagem precisa possuir para estar apto ao exercício de gestão de enfermagem, incluindo conhecimento do processo de trabalho de gestão, inclusive de gerenciamento de pessoas e resolução de conflitos.

SUMÁRIO



Portanto, este trabalho terá como contribuição a elencar pesquisas científicas que explicam e fundamentam a temática exposta de experiências publicadas por outros autores, sobre as dificuldades enfrentadas do gestor para com o serviço, de modo a qualificar o processo de trabalho e a assistência à saúde. Uma vez que, buscou-se um estudo de campo em unidades hospitalares, tanto em rede pública como privada, porém não foi possível realizá-lo, além de fornecer subsídios para reflexão por parte do leitor.

Diante do exposto e considerando o que se refere à gestão e relacionamento entre assistência e gestão de enfermagem, este artigo teve como objetivos descrever o perfil que caracterizam um gestor de enfermagem, relacionando o trabalho em equipe e as competências de um líder na gestão de enfermagem, buscando identificar fatores/estratégias de excelência para o alcance do sucesso na gestão de enfermagem.

REVISÃO TEÓRICA

O papel do gestor na gerência de enfermagem

O profissional de enfermagem tem um papel significativo nas ações gerenciais, utilizando ferramentas e sua capacidade nas tomadas de decisões e obtenção de resultados, sendo estes, definidos, analisados e avaliados (FERREIRA *et al.*, 2019; MORORÓ *et al.*, 2017).

Enquanto gestor, necessita ter um conjunto de características para desenvolver seu trabalho em uma unidade. Contudo, é imprescindível atenção dos gestores e dos níveis assistenciais, para a prática do perfil pretendido pela unidade e para a coordenação gerencial a partir da real necessidade de cada instituição (FOPPA *et al.*, 2018).

SUMÁRIO



Vale ressaltar, que o líder de uma área tem a responsabilidade de responder pelo resultado dessa área, e com isso, passa por algumas barreiras às quais se enquadram por falta de conhecimento da equipe e situações de conflitos.

Arellano e Cesar (2017) referem-se a esses resultados sendo a somatória dos esforços de todos da equipe, pois quanto maior o esforço entre os profissionais, mais fácil será para os colaboradores entenderem qual a sua participação no resultado esperado, e conseqüentemente ter a possibilidade de contribuir de maneira efetiva e responsável.

Lanzoni *et al.* (2015) ressaltam que a incompreensibilidade em relação ao cargo de gerente ou líder nos serviços de enfermagem, pode provocar limitações, onde se faz necessário buscar conhecimento, para evitar fragmentações das ações e fragilidade no desempenho das atividades.

Apesar do processo de gestão encontrar-se na profissão de enfermagem há muito tempo através de Florence Nightingale, os enfermeiros estão sendo cobrados ainda mais por conhecimentos, competências e habilidades para a gerência do processo de trabalho (MULLER *et al.*, 2017).

Durante sua atuação na gerência, o enfermeiro desenvolve ações voltadas para organização do trabalho e de recursos humanos com o objetivo de viabilizar as condições adequadas tanto para a assistência ao paciente como para a atuação da sua equipe (MORORÓ *et al.*, 2017).

Além das qualidades que o líder de enfermagem possui, este se torna um dos principais responsáveis pelo sucesso da equipe e atendimento aos usuários, possibilitando a harmonia a todos da instituição.

A liderança é uma habilidade de indivíduos com extraordinária habilidade de influenciar pessoas (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2015). Para garantir uma assistência de qualidade, o gerente de enfermagem

SUMÁRIO

é o responsável por coordenar o serviço de enfermagem e tomar decisões (DIAS *et al.*, 2017).

Com isso, para desempenhar com eficiência o seu papel de gerente-líder, o enfermeiro deve ser dotado de habilidades de comunicação, conhecimento dos diferentes estilos de gestão e liderança e do clima organizacional (LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2015).

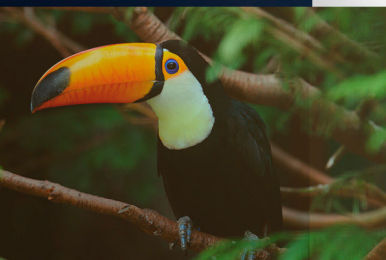
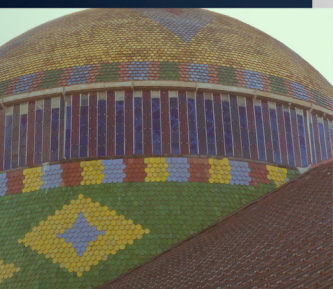
Ressalta-se também que outros estudiosos têm tentado descrever a imagem de um líder de enfermagem, atribuindo-a à capacidade de valorizar a criatividade e a inovação, dinamizando, entusiasmando e motivando a comunidade a perseguir objetivos comuns (OLIVEIRA, 2015).

Ambos os autores fazem a relação sobre o perfil do enfermeiro gestor, onde o mercado atualmente espera que este seja capaz de identificar problemas, propor mudanças e responder com propriedade a sua equipe de acordo com as demandas dos serviços.

Um recente estudo sobre a rotatividade na enfermagem, identificou que gerentes influenciam diretamente na satisfação e na retenção de funcionários da sua equipe e que, as consequências estão atreladas à baixa qualidade do cuidado oferecido e aumento de custos para as instituições de saúde (LANZONI *et al.*, 2015).

Esta influência pode ser utilizada de forma consciente para alcançar as metas e objetivos, de modo a construir na liderança conversacional um ambiente de trabalho agradável onde seja possível construir laços duradouros que reflitam o bem-estar de todos (OLIVEIRA, 2015).

Para Oliveira *et al.* (2018) o enfermeiro gestor precisa ser lapidado para as situações que tendem ser difíceis de se resolver, procurando maneiras eficientes para solucionar o problema, sem causar danos aos envolvidos e a qualidade da assistência ao paciente.



SUMÁRIO



São poucos os gestores ou gerentes que possuem formação específica, com apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, entre elas: liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho (LANZONI *et al.*, 2015).

Diante dos fatos, é indispensável que o gestor de enfermagem procure aperfeiçoamento e dinamismo nos processos de trabalho em saúde, mantendo o clima organizacional na unidade ao exercício da liderança.

Quando o gestor assume suas atividades, ele se depara com os mais variados tipos de problemas, que podem ser abordados de diversas formas, de acordo com as ferramentas disponíveis para a organização dos processos de trabalho (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Santos *et al.* (2018) ao descreverem que a liderança transformacional se apresenta como sendo de alto nível em suas dimensões, é possível afirmar que o líder representa um modelo que desperta admiração, respeito e confiança. Vasconcelos *et al.* (2016) descrevem que as ações do enfermeiro gestor são fundamentadas por meios, competências e ferramentas, alcançando um posicionamento importante.

Trabalho em equipe e as competências de um líder na gestão de enfermagem

As instituições atualmente, tanto os conflitos grupais quanto individuais, favorecem um local para que esse ocorra, tendo como objetivo os colaboradores que durante o cotidiano precisam disputar os recursos oferecidos e o reconhecimento de modo que, haja o crescimento profissional (TEIXEIRA *et al.*, 2018).

SUMÁRIO



Entender a importância dos colaboradores para a instituição e como eles podem contribuir para o sucesso da mesma é uma etapa fundamental que deve ser cumprida para que a esta seja bem-sucedida (RODRIGUES, 2019).

O processo de comunicação entre gestor e equipe é essencial para o relacionamento e desenvolvimento dos processos de trabalho, tendo em vista que vários fatores contribuem para os tipos de conflitos, dificultando o desempenho destes, podendo ter impactos positivos e negativos.

Oliveira *et al.* (2018) afirmam que na área da saúde as relações humanas são notórias a existência de várias causas de conflitos, tais como: a dificuldade na aceitação da hierarquia, a falta de motivação e reconhecimento profissional, a ausência de trabalho em equipe, a sobrecarga das atividades, a precariedade das condições de infraestrutura e recursos materiais por meio da instituição, bem como o excesso de estresse no ambiente.

Almeida *et al.* (2015) reiteram em suas pesquisas que existe um conjunto de condições que dificultam o trabalho da equipe, dentre elas podemos citar a sobrecarga de trabalho e o estresse diminui a produtividade, gerando a falta ao trabalho, bem como adoecimento frequentes desmotivação e baixa realização pessoal.

Ferro *et al* (2018) relatam que o absenteísmo interfere diretamente na qualidade do cuidado prestado e sobrecarga os demais membros da equipe.

Funcionários do hospital que passam por conflitos com seus supervisores correm o risco de reduzir os recursos interpessoais, o bem-estar prejudicado e as atitudes de trabalho menos positivas. Essas descobertas têm algumas implicações práticas (SCOFANO *et al.*, 2019).

SUMÁRIO

Ao olhar para o mundo do trabalho que é caracterizado pela competitividade e busca de altos níveis de produtividade com baixo custo de produção, relacionado ao aumento do ritmo de trabalho e descaso com a satisfação profissional, a carga de trabalho dos enfermeiros está ligada principalmente, ao dimensionamento incorreto de profissionais, demandas excessivas e estrutura de trabalho irregular (FERREIRA *et al.*, 2019, p. 9).

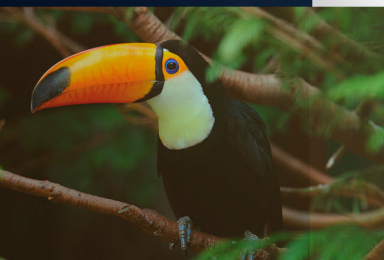
É possível ter uma visão holística sobre os elementos que interligam os colaboradores da saúde e os entraves no ambiente de trabalho. Camelo *et al* (2016) explica que as dificuldades e desafios estão presentes na administração da unidade hospitalar e que precisam ser equacionadas pelo gerente as tensões existentes.

Há diversas formas de administrar o conflito, contudo, não se pode enxergar somente os pontos negativos, pois os pontos favoráveis surgem ideias e opiniões que podem levar a reflexões e análises de um determinado tema (ALMEIDA *et al.*, 2015; TEIXEIRA *et al.*, 2018).

Do ponto de vista de Rodrigues (2019) é fundamental que haja a participação de vários setores em projetos estratégicos para identificar e reduzir possíveis impactos negativos, potencializar efeitos positivos, mesmo porque vivemos momentos distintos durante a vida, que são guiados por diferentes necessidades.

Conforme descrito por Oliveira *et al.* (2020) o gerente de enfermagem caracteriza-se pela criatividade, inovação e visão, tendo como resultado, o sucesso no atendimento com qualidade para a saúde do cliente, onde a gestão de enfermagem eficiente está conexas a relações positivas entre gestores e colaboradores, tendo o máximo de envolvimento tanto no trabalho, ambiente e qualidade.

Assim, como a comunicação gerencial, outros fatores interferem na qualidade da liderança, como: clima de apoio, modelo de papel e estilo de gestão; aliando à motivação da equipe, favorecem a satisfação no trabalho, aumentando sua influência sobre a equipe e criando



SUMÁRIO



boas relações organizacionais (CARRARA *et al.*, 2017; LLAPA-RODRIGUEZ *et al.*, 2015).

Os autores nos trazem a reflexão da forma como o líder exerce suas funções e a capacidade de gerar um clima de confiança mútua, e que quando o líder não apresenta essas habilidades, as relações interpessoais e os resultados ficam prejudicados.

Para Araújo *et al.* (2016) dentro do contexto da enfermagem as relações interpessoais têm relevância, a fim de desenvolver um trabalho em equipe satisfatório, pois o grupo necessita agir com respeito às diferenças.

É válido salientar que, para alcançar a comunicação efetiva, determinantes primordiais se destacam tais como: a olhar diretamente, a escuta qualificada, a compreensão da mensagem, o desenvolvimento da liderança, a união de todos os membros da equipe e a troca de informações para garantir uma assistência de qualidade (MOREIRA *et al.*, 2019).

Estratégias de excelência para o alcance do sucesso na gestão de enfermagem

No âmbito do trabalho, as estratégias utilizadas por gestores de enfermagem, envolvem a colaboração da equipe na tomada de decisão para a mediação dos conflitos, onde ações objetivas e subjetivas impactam em melhores condições de assistência e de trabalho da equipe de enfermagem (FERREIRA *et al.*, 2019; TIRONI *et al.*, 2017).

É válido lembrar, que o gerente desempenha um papel de educador, estimulando a sua equipe a pensar e desenvolver ideias inovadoras, sendo necessário um tempo para escutá-las, conhecer suas visões, necessidades, perfil de equipe, forma e campo de atuação (SOUZA *et al.*, 2018).

SUMÁRIO

O líder é a base para sua equipe, ao qual ensina os valores e propósitos da empresa, para que exerçam suas funções de modo que estejam motivados em seu ambiente de trabalho.

É importante que a liderança entenda que liderar não é apenas mandar seus subordinados executarem determinadas tarefas, mas sair na frente servindo de exemplo e de norte para sua equipe, ter uma visão comprometida e sistêmica do contexto (SILVEIRA *et al.*, 2017).

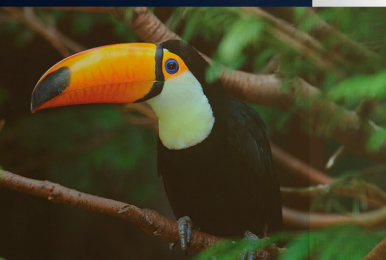
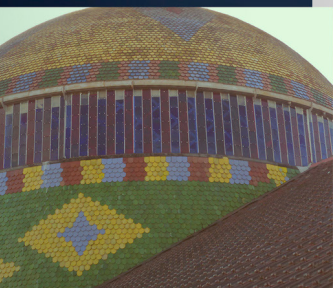
Neste sentido, frente às demandas de trabalho do enfermeiro gerente de unidade hospitalar, as suas atitudes comportamentais devem estar relacionadas não somente a formação técnica, mas a forma como dinamiza os aspectos relacionais no ambiente de trabalho, que podem ser desenvolvidos a partir do agir, saber ouvir, motivar controlar impulsivamente, a paciência e persistência (CAMELO *et al.*, 2016).

Independentemente do setor de atuação, a motivação deve ser trabalhada rotineiramente, sendo este um fator o qual o colaborador quando está motivado, desempenha sua atividade de forma positiva (RODRIGUES *et al.*, 2019).

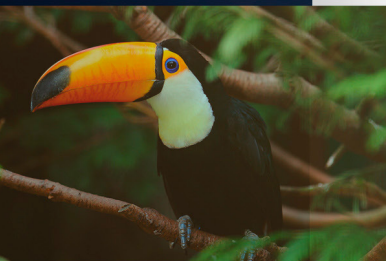
Quando se permite a comunicação, há melhoria do ambiente laboral e das relações interpessoais, a equipe busca o entendimento mútuo entre os envolvidos e possibilita o cuidado (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Existem estratégias que contribuem para que haja promoção da assistência à saúde de forma adequada, bem como ações de melhorias para gestão de conflitos, ajudando o gestor a manter o clima organizacional.

A dinâmica de grupo pelo enfermeiro é apontada por Almeida *et al.* (2015) como uma estratégia que promove maior conhecimento entre os profissionais da equipe; as trocas de ideias, de informações e o despertar para uma visão crítica favorecem um trabalho integrado.



SUMÁRIO



Um estudo realizado por Corrêa *et al.* (2021), identificou-se que as ações educativas possuem qualidade e são necessárias para o trabalho, auxiliando no alinhamento e engajamento das mudanças e metas estabelecidas através de uma linguagem padronizada, demonstrando a preocupação e importância com a educação para seus profissionais, a fim de realizar um trabalho seguro e de excelência.

Já Brancalion *et al.* (2022) afirmam que:

A gestão baseada em processo aproxima níveis estratégicos à base operacional e faz com que haja um desvelar de como as áreas e suas interações sistêmicas, e como esta coesão agrega valor para o negócio, definindo responsabilidades compartilhadas ao resultado final esperado, concorrendo para a eficiência e produtividade dos serviços produzidos; culminando nos indicadores da alta gestão: aprendizagem e crescimento, processos internos, clientes, mercado e sustentabilidade.

Atualmente, existem vários métodos para deliberar conflitos, desde o confronto, acordo, abrandamento, competição, cooperação, negociação, impedir conflito ou conter, modificar a diferença em resolução de problema, mudanças comportamentais, conhecimento, habilidades e atitudes (SOUZA *et al.*, 2018).

Com isso, o enfermeiro líder, precisa ter um bom relacionamento com sua equipe, ser claro em suas ações e flexível através de seu conhecimento técnico-científico, gerando confiança e respeito mútuo, mantendo o equilíbrio com bom senso o desempenho dos membros (BAHIA; GODINHO, 2019).

METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica que para Pizzani *et al.* (2012) é a revisão da literatura sobre as principais

SUMÁRIO



teorias que norteiam o trabalho científico. Essa revisão é o que chamamos de levantamento bibliográfico ou revisão bibliográfica, a qual pode ser realizada em livros, periódicos, artigos de jornais, sites da Internet entre outras fontes.

Para coleta de dados, optou-se por usar o banco de dados online os quais as informações extraídas foram publicadas das bases: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Revista de Eletrônica de Enfermagem (REE) e PubMed.

A pesquisa na base de dados foi realizada com as seguintes palavras chaves: Gestão; Enfermagem; Estratégias e Conflitos. Para análise, leitura e escolha dos artigos e composição do trabalho foram seguidos os seguintes critérios: artigos completos, publicados no período de 2015 até 2022, disponibilizados na íntegra, foram excluídas aquelas que não atenderam a temática relacionada ao estudo.

Segundo Praça (2015) a análise dos resultados deve demonstrar com que ferramentas os dados coletados no trabalho serão analisados e se estas respondem corretamente à questão levantada no projeto de pesquisa a fim de oferecer condições para que o pesquisador possa confirmar ou refutar a hipótese inicialmente anunciada.

Diante do exposto, a análise e interpretação foram realizadas através dos seguintes itens:

- Leitura exploratória do material escolhido;
- Leitura seletiva, aprofundando o assunto;
- Leitura interpretativa dos artigos que abordam o tema proposto onde foi verificado o título, ano de publicação, autores, objetivos, metodologia, idioma e conclusão.

SUMÁRIO



Por se tratar de uma revisão bibliográfica, o projeto não foi submetido ao CEP, conforme resolução número 466/12. Entretanto, houve o comprometimento em citar os autores utilizados no estudo, respeitando a norma brasileira regulamentadora (NR6023). Os dados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo foram encontrados 42 artigos nas bases de dados. Por meio da leitura dos dados encontrados, 28 foram incluídos, uma vez que continham informações de acordo com os propósitos da pesquisa. Os restantes dos artigos foram excluídos porque não abordavam o tema proposto e anteriores ao ano de 2015.

Os 28 artigos selecionados foram publicados no período entre 2015 a 2022, sendo que, cinco foram publicados no ano 2015 (18%), oito em 2016 e 2017 (29%), doze em 2018 e 2019 (43%), três em 2021 e 2022 (10%), respectivamente.

Quanto ao tipo de estudo, foram incluídos 20 (71%) de origem quantitativa e qualitativa; 4 (14%) estudo transversal; 3 (11%) sistemática e 1 (4%) apresentava pesquisa de campo. Referente ao banco de dados, consistiram 3 artigos do BVS, 0 do PubMed, 4 da Lilacs, 8 da REE e 13 do Scielo.

O enfermeiro gestor tem um papel fundamental frente uma unidade hospitalar, desempenhando suas funções e vencendo grandes desafios, o que requer um conjunto de conhecimentos e habilidades. Nos estudos realizados por Ferreira *et al.* (2019) e Foppa *et al.* (2018) e Muller *et al.* (2017) é enfatizado que o gerente de enfermagem deve estar preparado quantos aos entraves encontrados, pois tem como

SUMÁRIO



um dos desafios a resolução de conflitos de sua equipe, mantendo o equilíbrio em seu modelo de gestão.

Em uma pesquisa realizada por Tironi *et al.* (2017) no estado do Paraná, identificaram que para o cargo de gerente de enfermagem o que predomina é o sexo feminino, e que o tempo de formação e experiência podem influenciar no desenvolvimento de estratégias e tomada de decisões. Haja vista que, o líder de enfermagem é responsável por toda equipe de enfermagem; o que corresponde a maioria da unidade hospitalar, desde a organização do trabalho aos recursos necessários para a operacionalização.

Isso indica que, apesar do enfermeiro ter qualificações necessárias para o cargo de gestor frente a uma unidade hospitalar, este enfrenta entraves com sua equipe na qual se torna responsável; devendo desenvolver ferramentas que contribuam para resolução dos conflitos.

No artigo de Dias *et al.* (2017) foi possível observarem o predomínio de enfermeiros do sexo feminino, totalizando 81,8% (18); enquanto os do sexo masculino representam apenas 18,2%.

Albuquerque (2015) estudando sobre o perfil do gestor em um hospital universitário, verificaram que 41% dos gerentes têm entre 6 e 10 anos de tempo de serviço no cargo de gerente. Quanto ao perfil para a função gerencial, predominaram as características: liderança (33%), trabalho em equipe (30%) e comunicação/bom relacionamento interpessoal (28%). Todas as qualidades referidas são essenciais na gestão do cuidado em enfermagem conforme Mororó *et al.* (2017).

Nota-se que, apesar das mulheres serem a maioria no cargo de gestor, ainda assim os resultados mostrados, concluem que o tempo de atuação na área é um fator importante para criação do objeto no gerenciamento de conflitos, sendo este agregado a um conjunto de atributos necessários na gestão.

SUMÁRIO



Carrara *et al.* (2016) enfatizam que para atender a essas exigências, dentre as características e qualidades que um bom líder deve possuir, destacam-se: visão, competência, habilidades de comunicação, tomada de decisão, planejamento, capacidade de resolução de problemas, estabilidade emocional e bom relacionamento com os liderados.

Sem os aspectos destacados, é impossível que o gestor de enfermagem consiga liderar uma equipe na mesma proporção em que se obtenha resultados eficazes, mantendo o clima organizacional.

O enfermeiro gestor tem a capacidade de motivar a equipe, procurando avaliar o desempenho de cada membro com uma abordagem transformacional. Camelo *et al.* (2016) e Rodriguez *et al.* (2015) destacam que a equipe tem grandes chances de se desenvolver por meio de incentivos e atitudes inovadoras, podendo gerar um bom clima organizacional.

Em contrapartida Lanzoni *et al.* (2015) e Teixeira *et al.* (2018) citam que os gerentes podem influenciar de forma direta na satisfação ou retenção do grupo, o que acarreta grandes custos para as instituições de saúde, afetando a harmonia destes.

Na visão de Brancalion *et al.* (2022) este traz uma reflexão sobre as práticas de gestão quanto ao método utilizado, reiterando que o sucesso de metas institucionais são meios de melhoria, tendo como resultado ambos os lados, assistenciais e gerenciais, repercutindo vários aspectos, sendo estes econômicos e financeiros, em unidades públicas ou privadas. Seguindo este raciocínio, o autor propõe uma abordagem baseada em processos, em que espera-se alcançar resultados desejados, que permite identificar e eliminar desperdícios nos processos produtivos; o modelo de melhoria contínua ao conhecimento prático; e a gestão de custos e a saúde baseada em valor.

SUMÁRIO



A autonomia do enfermeiro enquanto gestor, traz consigo em suas atividades lacunas, as quais às vezes não é possível resolver todas as questões de imediato, devido aos excessos de demanda, o que impede um planejamento adequado. Tendo em vista que, há modelos de gestão para integrar a equipe como um todo, não comprometendo a qualidade da assistência e incentivando o pensamento criativo dos liderados.

Oliveira *et al.* (2018) relatam que na área de enfermagem é possível notar vários conflitos, o que traz deficiência na assistência prestada ao paciente. Em concordância, Souza *et al.* (2018) relata que para se chegar a um conflito existem os estágios, e que pode acontecer em qualquer área, seja na enfermagem ou não.

Os conflitos precedem dos mais variados fatores contribuintes, bem como suas classificações, sendo que em alguns casos o colaborador se torna pouco colaborativo e produtivo ou até mesmo ineficiente.

De acordo com Almeida *et al.* (2015) e Ferro *et al.* (2018) o gestor tem como uma de suas características uma visão ampliada, já que algumas das estratégias mais eficazes para se ter uma equipe de qualidade e resolução de problemas são a comunicação efetiva e dinâmica de grupo, podendo diminuir a ausência desses profissionais, ocasionada pela desmotivação no ambiente de trabalho.

Santos *et al.* (2018) afirmam em relação a enfermeiros que muitas vezes não consideram os seus superiores imediatos como verdadeiros gestores, corroborando com o nível mais alto de ausência de liderança percebida por essa categoria.

Em compensação, Scofano *et al.* (2019) relatam que há uma preocupação em relação a implementação de competências pelo fato de algumas instituições não terem a implantação da Educação Continuada, o que se torna um fator negativo e gerador de conflitos, impedindo o desenvolvimento da equipe.

SUMÁRIO



Dentre as dificuldades encontradas pelo enfermeiro na gestão, a falta de comunicação vem sendo um fator importante, interferindo diretamente na assistência ao paciente e relação gestor-colaborador. Com isso, ocasiona consequências que afetam a qualidade do atendimento e o desempenho do liderado; acompanhada da falta de treinamento da equipe.

Para Damasceno *et al.* (2016) outro entrave gerador de conflitos é o absenteísmo, assim gerando sobrecarga de trabalho, exigindo um ritmo mais acelerado e responsabilizando outros por um volume maior de trabalho no processo de cuidar do paciente.

Oliveira (2015) e Oliveira *et al.* (2020), ressaltam que a ação de uma liderança dialógica é eficaz para resolução de conflitos, identificando estratégias que favoreçam o exercício de liderança, entretenimento da equipe, promoção da saúde e prestação de assistência ao usuário do serviço.

Já Moreira *et al.* (2019); Araújo *et al.* (2016) e Silveira *et al.* (2017) expõem táticas que auxiliam para alavancar a equipe de enfermagem, tais como: dar feedback, avaliação de desempenho, postura ética e profissional, seguimento de normas e rotinas das instituições, treinamentos e relacionamento interpessoal. Dessa forma há uma vinculação positiva entre a equipe e todos que fazem parte do ambiente de trabalho de um hospital.

Como consequência dos conflitos, o absenteísmo é outro obstáculo enfrentado pelo líder, aumentando a sobrecarga tanto fisiológicas quanto psicológicas desses profissionais, onde a responsabilidade tomada é conflitante com a quantidade de profissionais disponíveis para o atendimento garantido, gerando insatisfação e estresse na equipe e cliente. É possível que o gestor de enfermagem identifique os problemas chaves e monte estratégias que viabilizem a resolução de tais,

SUMÁRIO



com o intuito de motivar e qualificar esses profissionais para um a prestação de cuidado humanizado voltado para o indivíduo.

Bahia e Godinho (2019) discorrem que um conflito pode ser finalizado como uma forma de negociação dependendo do tipo barreira entre o colaborador e/ou equipe. Vasconcelos *et al.* (2015) compreende o planejamento como a programação de estratégias e ações em busca do alcance de um objetivo, ação gerencial necessária utilizada nos espaços assistenciais.

Corrêa *et al.* (2022), quanto às ações educativas como estratégias, acreditam que são necessárias e vistas como oportunidades para auxílio de metas e importante para o desenvolvimento dos profissionais. Contudo, ainda não se segue um padrão, onde é indispensável mais ações educativas, desenvolvendo lideranças de modo que partilham ideias e experiências de acordo com a realidade e necessidade em cada situação assistida em sua especialidade.

As ações de contingência no gerenciamento de conflito, norteiam o gestor de modo que o colaborador seja inserido e faça parte do planejamento para resolução dos problemas, tendo como oportunidade de expor as sugestões de melhorias, a fim de criar um ambiente favorável e estratégias de acordo com o tipo e característica do conflito.

Por fim, Llapa-Rodrigues *et al.* (2019) descreveram que a participação em projetos estratégicos dos diversos setores da organização é fundamental para identificar e reduzir possíveis impactos negativos na vida das pessoas, bem como para potencializar efeitos positivos, mesmo por que vivemos momentos distintos durante a vida, que são guiados por diferentes necessidades.

Engajar o profissional liderado na criação de projetos é primordial para que se tenha uma equipe de excelência, capacitada e treinada para possíveis eventos adversos no ambiente hospitalar, além de contribuir para o bom relacionamento entre gestor-equipe.

SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do que foi revisado, é possível evidenciar que os estudos atuais têm acompanhado os acontecimentos relacionados sobre o tema exposto. Há uma quantidade significativa de artigos que discorrem sobre os desafios encontrados dos profissionais da área da enfermagem, bem como os fatores que levam a isso e vários tipos de estratégias propostas para resolução.

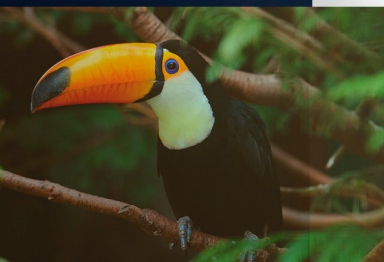
Os resultados corroboraram que ainda é um desafio para o enfermeiro gestor manter o equilíbrio entre a equipe, e que mesmo com os conflitos é possível obter grandes resultados positivos.

Percebe-se que nos estudos realizados que para o cargo de gestor de enfermagem prevaleceu o gênero do sexo feminino; aos quais características se sobressaíram: ter atitudes inovadoras, dinamismo, visão ampliada e comunicação para com a equipe. Em relação aos desafios destaca-se o absenteísmo, desmotivação no ambiente de trabalho e a falta de capacitação dos profissionais.

Logo, aprofundou-se no tema tão pertinente para o exercício do profissional de enfermagem no ambiente hospitalar; onde esse conhecimento é válido referente à prática de gerenciamento dos desafios, onde se faz necessário repensar tais práticas, pois o conflito é dependente a essa ação.

Por fim, pode-se concluir que o enfermeiro como gestor tem um papel essencial frente aos conflitos entre a equipe de enfermagem, sabendo intervir nas diferentes situações, mantendo o clima organizacional, desenvolvendo novas estratégias para ser ter uma equipe de excelência.

SUMÁRIO



REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Elivane Oliveira Pereira. **Perfil atual e ideal dos gerentes de enfermagem de um hospital universitário do estado do Ceará à luz da gestão por competências**. 2015. 119f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Gestão da Educação Superior) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2015. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/12703/1/2015_dis_eopalbuquerque.pdf. Acesso em: 13 Mai. 2021.

ALMEIDA, Mariana Lúcia Silva; LOPES, Edvânia Rodrigues; SOUZA, Jaqueline Enir Oliveira; SILVA, Walker Alexandre. Conflitos na equipe de enfermagem: um desafio na gestão do enfermeiro. *Única Cadernos Acadêmicos*, Ipatinga, v.1, n.1, p. 1-10, 2015.

ARAÚJO Mariana Pereira da Silva; MEDEIROS, Soraya Maria de; QUENTAL, Líbna Laquis Capistrano. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem: fragilidades e fortalezas. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 1-5, 2016.

ARELLANO Eliete Bernal; CESAR Ana Maria Roux Valentini Coelho. **Gestão de pessoas: nas empresas contemporâneas brasileiras**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

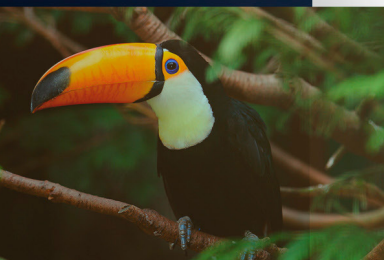
BAHIA, Maria Tereza Ramos; GODINHO, Marluce Rodrigues. **Enfermagem – Gerenciamento de Conflitos e Negociação**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de fora, 2019. Disponível em: <http://www.uff.br/admenf/files/2019/03/Aula-7-Enfermagem-gerenciamento-de-conflitose-negocia%C3%A7%C3%A3o.pdf>. Acesso em: 13 Jun. 2022.

BRANCALION Fernanda Novaes Moreno; LIMA, Antônio Fernandes Costa. Process-based Management aimed at improving health care and financial results. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, p. 1-7, 2022.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques; SOARES, Mirelle Inácio; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SILVA Vânea Lúcia dos Santos. Enfermeiros gerentes de um hospital de ensino: formação profissional, responsabilidades e desafios. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.1-6, 2016.

CAMELO, Sílvia Helena Henriques; SOARES, Mirelle Inácio; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi; SILVA Vânea Lúcia dos Santos. Competências profissionais e estratégias organizacionais de gerentes de enfermagem. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. 22, n.1, p. 75-86, 2016.

SUMÁRIO



CARRARA, Gisleangela Lima Rodrigues; BERNARDES, Andrea; BALSANELLI, Alexandre Pazetto; CAMELO, Sílvia Helena Henriques; GABRIEL, Carmen Sílvia; ZANETTI, Cristina Barboza. A utilização de instrumentos para avaliação da liderança nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n.3, p. 1-9, 2017.

CORRÊA, Cíntia Eliane Costa; LOPES, Giovana Puchalski; SILVA, Caroline Barbosa; PAULIN, Julyhe Nunes; OLIVEIRA, Nathália Dias; GRAEFF, Murilo dos Santos; LIMA, Ana Amélia Antunes; PAZ, Adriana Aparecida. Application of empathy map on educational actions carried out by nursing professionals. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n.4, p. 1-11, 2022.

DAMASCENO, Carolinne Kilcia Carvalho Sena; CAMPELO, Thaís Portela Teixeira; CAVALCANTE, Isamara Barbosa; SOUSA, Pollyanna Silva Alves; MOREIRA, Wanderson Carneiro; CAMPELO, Diego Sousa. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 10, n.4, 1216-1222, 2016.

DIAS, Anna Karolína Gomes; TOLEDO, Luana Vieira; AMARO, Marilane de Oliveira Fani; SIMAN, Andréia Guerra. A percepção dos enfermeiros em relação ao seu papel gerencial no âmbito hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.11, suplemento 5, p. 2185-2194, 2017.

DRAGO, Laila Crespo. **Processo de angústia/sofrimento moral de enfermeiros gerentes no contexto hospitalar público**. 2015. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/169468/338252.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 Jun. 2021.

FERREIRA, Vitor Hugo Souto; TEIXEIRA, Veronica Modolo; GIACOMINI, Marcia Aparecida; ALVES, Larissa Roberta; GLERIANO, Josué Souza; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Contribuições e desafios do gerenciamento de enfermagem hospitalar: evidências científicas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.40, p. 1-11, 2019.

FERRO, Denise; ZACHARIAS Fabiana Costa; FABRIZ, Luciana Aparecida; SCHONHOLZER, Tatiele Estefâni; VALENTE, Sílvia Helena; BARBOSA, Sara Maria; VIOLA, Carolina Grigolato; PINTO, Ione Carvalho. Absenteísmo na equipe de enfermagem em serviços de emergência: implicações na assistência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n.4, p. 399-408, 2018.

SUMÁRIO



FOPPA, Luciana; DALL'AGNOL, Clarice Maria; MEDEIROS, Guilherme Paim. Gestão por competências: preparo no processo avaliativo pelos enfermeiros de uma unidade de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.39, p. 1-9, 2018.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; MAGALHÃES, Aline Lima Pestana; COSTA, Veridiana Tavares; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina; MEIRELLES, Betina Horner Schindwein. Tornando-se gerente de enfermagem na imbricada e complexa fronteira das dimensões assistencial e gerencial. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 17, n.2, p. 322-332, 2015.

LLAPA-RODRIGUEZ, Eliana Ofélia; OLIVEIRA, Júlian Katrin Albuquerque; LOPES NETO, David; CAMPOS, Maria Pontes de Aguiar. Avaliação da liderança dos enfermeiros por auxiliares e técnicos de enfermagem segundo o método 360º. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n.4, p. 29-36, 2015.

MOREIRA, Felice Teles Lira dos Santos; CALLOU, Regiane Clarice Macêdo; ALBUQUERQUE, Grayce Alencar; OLIVEIRA, Roberta Meneses. Estratégias de comunicação efetiva no gerenciamento de comportamentos destrutivos e promoção da segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 1-9, 2019.

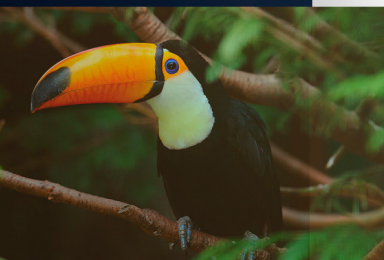
MORORÓ, Deborah Dinorah de Sá; ENDERS, Bertha Cruz; LIRA, Ana Luiza Brandão de Carvalho; SILVA, Cícera Maria Braz; MENEZES, Rejane Maria Paiva. Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.30, n.3, p. 323-332, 2017.

MULLER, Luis Antonio; LIMA, Suzinara Beatriz Soares; EBERHARDT, Thaís Dresch; FONSECA, Grazielle Gorete Portella; RABELO, Simone Kroll; FONSECA, Dienifer Fortes. Percepção de enfermeiros sobre o processo de gestão em um hospital universitário. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v.11, suplemento 1, p. 5321-5327, 2017.

OLIVEIRA, Anelise Freitas Lins de. **Exercício da liderança dialógica: entendimento dos enfermeiros no ambiente hospitalar**. 2015. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pngenfermagem/files/2016/02/Disserta%C3%A7%C3%A3oAnelise-Freitas-Lins-de-Oliveira.pdf>. Acesso em: 03 Jul. 2021.

OLIVEIRA, Isadora Reis; RODRIGUES, Lilia Marques Simões. Tipos de liderança adotados pelo enfermeiro no âmbito hospitalar. **Revista Pró-Universus**, Vassouras, v.8, n.2, p. 15-20, 2017.

SUMÁRIO



OLIVEIRA, Edna Silva de; CRUZ, Karine Gonzaga; ALMEIDA, Hendyara Oliveira Carvalho; MELO, Ingrid Almeida; GÓIS, Rebecca Maria Oliveira, A gestão de conflitos: desafio na prática gerencial do enfermeiro. **Ciências Biológicas e de Saúde Unit**, Aracaju, v. 4, n. 3, p. 123-138, 2018.

OLIVEIRA, Amanda Anthero Ribeiro; COSTA, Larissa Pereira; LIMA, Carmen Cardilo. **Liderança em enfermagem: a busca pela excelência no atendimento ao paciente**. Bom Jesus de Itabapoana: Faculdade Metropolitana São Carlos, 2020. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/vexpofamesc2020/trabalho/166243>. Acesso em: 31 Mai. 2022.

RODRIGUES, Welligton Pereira; MARTINS, Fabiana Lopes; CARVALHO, Fábio Luíz Oliveira de; COSTA, Dalmo de Moura; FRAGA, Francielly Vieira; PARIS, Lúcio Rogério Pelizer; GUIDI JUNIOR, Luis Roque; BUENO, Deolinda Márcia Pompeu; DAVID, Marina Leitão. A importância do enfermeiro gestor nas instituições de saúde. **Revista Saúde em Foco**, Amparo, v. 11, p. 382-395, 2019.

SANTOS, Andressa Schaurich; COSTA, Vânia Medianeira Flores; TOMAZZONI, Gean Carlos; BALSAN, Laércio André Gassen; TONI, Stefania. Percepção dos colaboradores de uma equipe de enfermagem quanto ao estilo de liderança de seu superior imediato. **Revista Ciências Administrativas**, Fortaleza, v. 24, n.1, p. 1-12, 2018.

SCOFANO, Bruna dos Santos; VALENTE, Geilsa Soraia Cavalcanti; LANZILLOTTI, Regina Serrão. Atuação do enfermeiro enquanto líder de equipe na área hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 253, p. 2943-2948, 2019.

SILVEIRA, Cristiana Dias; BESSA, Amanda Trindade Teixeira; PAES, Graciele Oroski. STIPP, Marlucci Andrade Conceição. Gerenciamento da equipe de enfermagem: fatores associados à satisfação do trabalho. **Enfermeria Global**, Murcia, n. 47, p. 208-243, 223.

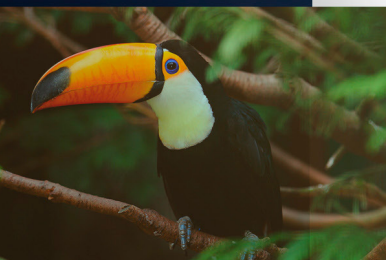
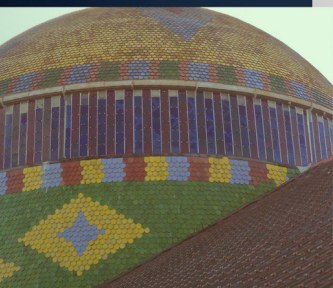
SOUZA, Ana Caroline Duarte; SILVA, Fabiana Souza; ESPINDOLA, Juliana Silva; MOREIRA, Natalia Lima; DRAGANOV, Patrícia Bover. Atuação do enfermeiro nas estratégias para resolução de conflitos. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 18, n. 73, p. 1-12, 2018.

TEIXEIRA, Natalia Longati; SILVA, Milena Muniz; DRAGANOV, Patrícia Boyer. Desafios do enfermeiro no gerenciamento de conflitos dentro da equipe de enfermagem. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.18, n. 73, p. 13-20, 2018.

TIRONI, Nayara Mizuno; Bernardino, Elizabeth; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; NIMTZ, Miriam Aparecida; TORRES, Danelia Gomez; PERES, Aida Maris. Assignments and competencies of nursing managers: a descriptive exploratory research. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 130-139, 2017.

VASCONCELOS, Raissa Ottes; BOHRER, Cristina Daiana; RIGO, Denise de Fátima Hoffman; MARQUES, Luís Guilherme Sbrolini; OLIVEIRA, João Lucas Campos; TONINI, Nelsi Saete; NICOLA, Anair Lazzari. Meios para a gerência de enfermagem utilizados em unidades hospitalares críticas. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 7, n. 3/4, p. 56-60, 2016.

SUMÁRIO



5

Natiele Vieira de Oliveira Maciel

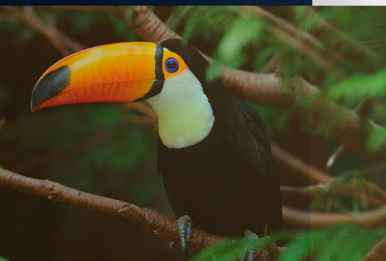
Nely Cristina Medeiros Caires

SAÚDE PÚBLICA E A QUALIDADE DO SERVIÇO NO SETOR PÚBLICO:

a importância da auditoria
em enfermagem

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.5](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.5)

SUMÁRIO

**Resumo:**

A auditoria consiste em um conjunto de conhecimentos interdisciplinares oriundos da economia, contabilidade, administração de empresas, informática e várias outras áreas do conhecimento. Esta operacionalidade representa uma ferramenta importante no processo de gestão cujo objetivo é alcançar a eficácia organizacional. Nesta perspectiva, as competências profissionais do enfermeiro fornecem subsídios para traçar diretrizes no âmbito da auditoria e ainda impulsionar suas práticas de gerenciamento. Este trabalho teve por objetivo descrever sobre a qualidade do serviço no setor público e a importância da auditoria em enfermagem, através de um relato de experiência sobre a visão, conhecimentos e importância da Auditoria em Saúde, obtidas em roda de conversa com profissionais atuantes em uma Unidade de Saúde em Porto Velho/RO. Observou-se que existe uma forte relação entre a prática de auditoria e os setores privados, mas no serviço público ainda existe um grande desafio na implementação de auditorias como rotina no serviço. Um outro ponto observado foi a motivação para atuar neste segmento que ainda é baixa, dadas as limitações impostas. Conclui-se que a auditoria de enfermagem tem um papel fundamental no que se refere a qualidade do serviço no setor público e há que se propor a sensibilização dos gestores para sua implementação a fim de se obter um serviço público de qualidade e resolutivo.

Palavras-chave: Serviço Público; Qualidade; Auditoria em Enfermagem.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Os serviços públicos de maneira geral, tem como principal objetivo o atendimento às necessidades da população bem como a defesa dos interesses do Estado no que concerne às ações do presente e do futuro. A gestão de serviços públicos pode ser entendida como um conjunto de ações do estado que amparam as organizações políticas de igual autarquia no exercício de funções do governo, as quais organizam a realização dos fins públicos que produzem (KUAZAQUI *et al.*, 2005).

Para que haja gestão eficiente é necessário que o gestor e seus liderados entendam os processos institucionais e o tipo de serviço/ produto a ser oferecido, pois ao contrário do que se pensa, esta influência ajuda no cumprimento de medidas visando a melhoria da produtividade, atendimento eficiente e prestação de serviço de qualidade (CEZAR, 2019).

Dentre os vários processos da Gestão em Saúde, pode-se destacar a Auditoria de Enfermagem, que consiste na avaliação sistemática da qualidade da assistência em enfermagem no exercício da profissão, seja no setor público ou privado. As anotações de enfermagem no prontuário do paciente bem como as evoluções, execução das prescrições e demais rotinas, devem ser documentadas pois geram relatórios importantes para o serviço de saúde (MONTEIRO; PAULA, 2020).

Diante do exposto, entende-se a partir da literatura analisada, que é fundamental para os órgãos públicos buscar as necessidades dos usuários, já que desta maneira se tem a oportunidade de melhorar o atendimento. Por outro lado, ao analisarmos quais as competências intrínsecas do Enfermeiro, nota-se que o gerenciamento e cuidado de enfermagem são passíveis de auditoria, sendo a mesma vista como um sistema de revisão e controle, sobre a eficácia e eficiência dos serviços prestados.

SUMÁRIO



Deste modo, objetivou-se com este estudo descrever através de relato de experiência o papel da auditoria em enfermagem e sua importância para a qualidade do serviço no setor público, tendo como foco a Sistematização da assistência de enfermagem (SAE) enquanto ferramenta de qualidade. Realizou-se roda de conversas com enfermeiros atuantes em uma unidade de serviços de saúde pública em um município do estado de Rondônia, enfocando o conhecimento e vivência dos em Auditoria em Saúde.

REVISÃO TEÓRICA

Planejamento Estratégico

Fernandes *et al.* (2013) afirmam que o planejamento estratégico tem se tornado um contexto muito utilizado dentro das organizações e tem o objetivo de definir e implantar estratégias capazes de manter e/ou alavancar o andamento empresarial.

Neste mesmo entendimento, Oliveira *et al.* (2013), já demonstravam interesse pelo tema ao dizerem que a estratégia é a resolução de objetivos e metas que devem ser obtidos pela empresa e consiste na adoção de medidas como ação e aplicação de forma eficiente, com a intenção alcançar metas no ambiente de trabalho.

Fixar um planejamento estratégico esquadrinha, sobretudo, reconhecer os potenciais e saber como utilizá-los da melhor forma; reconhecer e suprimir seus pontos fracos; reconhecer e desfrutar grandemente das oportunidades do meio externo; reconhecer e impedir todo tipo de ameaça externa; e ainda almejar um eficaz plano de trabalho (OLIVEIRA, 2009).

SUMÁRIO

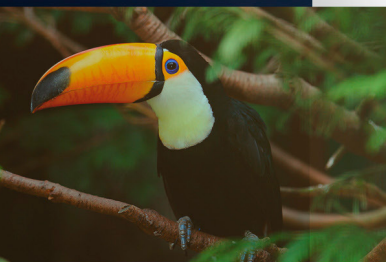
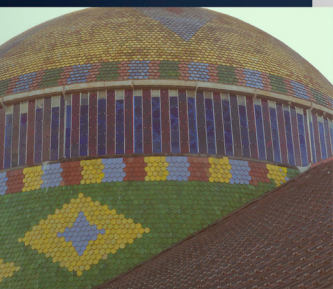
Sobretudo, os objetivos do planejamento estratégico é estimar as forças e fraquezas, bem como mensurar as delimitações da empresa, saber atacar os adversários na ocasião certa, ter sabedoria para recuar quando necessário, procurar por condições adequadas à empresa e conseguir sociedades sólidas. O desígnio estratégico diante de cada situação representa tudo o que é essencial dentro de uma empresa para que esta possa se manter capaz de competir (KOTLER, 2007).

Deste modo, o planejamento estratégico é de grande importância para qualquer empresa que queira se manter no mercado. Nestes termos, o planejamento e desenvolvimento de pessoas viabiliza a identificação de demandas da organização para formação de uma equipe de trabalho bem-sucedida. Tornando-se, portanto, um processo contínuo que fornece ao gestor e a toda a equipe, a referência individual para modelar a equipe de trabalho de forma estratégica e orientada (ARAÚJO, 2010).

Comunicação no Setor Público

A esfera pública representa o espaço de arguição e visibilidade de ideias para debates públicos, e há necessidade de se atentar para a comunicação pública (HABERMAS, 2014).

Brandão (2009) assegura que a comunicação pública pode ser abrangida a partir de cinco áreas, que determinam tanto uma arena de saberes quanto um anexo de atividades profissionais. Assim, estas cinco áreas são definidas como: 1) comunicação pública ajustada com as técnicas e conhecimentos da área de comunicação organizacional; 2) comunicação pública acomodada com comunicação científica; 3) comunicação pública ajustada com comunicação a comunicação governamental ou do Estado; 4) comunicação pública ajustada com comunicação política; e 5) comunicação pública em conformidade com estratégias de comunicação no âmbito da sociedade civil organizada.



SUMÁRIO

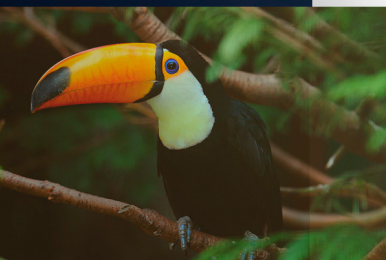
As organizações públicas enfrentam diversos desafios no âmbito do atendimento e da comunicação, logo, estas adversidades precisam ser superadas para a melhor produtividade e desempenho. A figura do gestor, contudo, é tida como responsável técnico diante do reconhecimento e ações dos mais diversificados problemas que surgem. (LAS CASAS, 2010).

Outro desafio no setor público é a gestão do tempo. Verifica-se na prática que os servidores possuem muitas tarefas e prazos curtos para cumpri-las, sendo assim, uma boa organização do tempo se tornou uma prioridade para quem quer ser produtivo e quer alcançar suas metas. Aprender a como administrar o tempo de modo eficaz é fundamental para estabelecer uma rotina mais produtiva e tranquila na funcionalidade e prestação de serviço. Esse desafio, porém, exige empenho e muita disciplina dos envolvidos (MARQUES, 2013).

Produtividade Institucional em Serviços de Saúde

O conceito produtividade foi introduzido e desenvolvido nas organizações com o intuito de avaliar e melhorar o desempenho. Inicialmente, a produtividade era calculada pela razão entre o resultado da produção e o número de empregados. Por um longo período, esta fórmula representou a produtividade da organização. Com ela almejava-se o aumento da produção advinda de seus colaboradores. Outras formas de medir a produtividade surgiram ao longo do tempo, relacionando o resultado da produção com a utilização de outros recursos como, por exemplo, energia, matéria-prima, insumos, entre outros (KING *et al.*, 2012).

Nesta observância, o PBQP faz distinção entre indicadores da qualidade e produtividade, sendo estes classificados em três tipos:



SUMÁRIO



do processo, do serviço prestado e da gestão. Onde, indicadores da qualidade para relacionamento com os empregados bem como de integral desempenho são indicadores “da qualidade da gestão”, os indicadores de desempenho operacional versam sobre “qualidade do processo” e “qualidade do serviço”. A qualidade do processo associa-se de forma direta à eficiência com que as atividades que compõem uma ação são executadas; dispendo direta repercussão sobre os custos; este é um fator essencial para a produtividade. Contudo, a qualidade do serviço prestado relaciona-se com a eficácia e exprime a sua competência de atender necessidades (TIRONI, *et al.*, 1991).

A gestão da produtividade é desenvolvida com base no planejamento, no diagnóstico e na implementação de ações a serem tomadas para o ajuizamento entre os insumos empregados e os resultados alcançados. Deste modo, considera-se que a produtividade é à base do processo de gestão, que tem sido eficaz na avaliação, especialmente na organização como um todo (VIDAL, *et al.*, 2012).

A produtividade é uma das condições que reflete o desempenho de uma empresa. A produtividade inclui análise, planejamento, execução das ações e resultados obtidos. Para uma boa produtividade, é necessário instituir mecanismos que garantam uma boa execução e sua melhoria contínua. A produção pode ser aprimorada para atingir a máxima eficiência dos processos, destacando sempre o alcance pela eficácia na produtividade das tarefas (VIDAL, *et al.*, 2012).

Auditoria em Enfermagem e a Qualidade do Serviço

No âmbito da saúde, o enfermeiro é o profissional mais qualificado para executar e desempenhar as ações de auditoria. O papel deste profissional em atividades de auditoria visa reduzir gastos,

SUMÁRIO



assegurar uma assistência de qualidade além de evitar desperdícios (PEREIRA *et al.*, 2011).

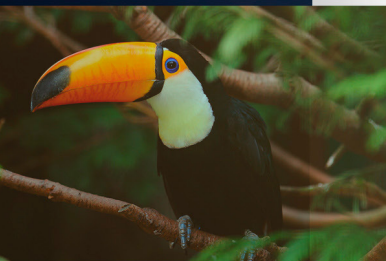
Pereira *et al.*, (2011) complementam que a auditoria em enfermagem é capaz de realizar uma função administrativa por meio da conferência e do controle do faturamento no âmbito hospitalar, procedimentos e exames realizados com vistas a promover melhoria na qualidade dos serviços de enfermagem. (PINTO; MELO, 2010).

Segundo Martins *et al.*, (2017) o enfermeiro auditor tem total autonomia para executar suas funções independente da presença de outros profissionais. Este profissional possui livre acesso às documentações necessárias para a realização de entrevistas e visitas a pacientes, haja vista ser sua principal função a avaliação do processo de qualidade frente ao planejamento, atendimento e satisfação do usuário.

Importante ressaltar que a auditoria de enfermagem é munida de todos os respaldos legais que venham contribuir para que esta seja uma área com grande expansão e inúmeras perspectivas ao longo dos anos, muito embora na atualidade apenas uma quantidade mínima de profissionais se interessem e atuem nesta área. Neste entendimento, é preciso uma clara orientação dos enfermeiros ao que concerne a importância da auditoria no âmbito dos serviços de enfermagem, sobretudo frente aos benefícios trazidos ao serviço (MARTINS *et al.*, 2017).

O emprego dos processos de auditoria, visa trazer vantagens também no âmbito assistencial da enfermagem, como por exemplo, o fortalecimento de subsídios capazes de estimular a reflexão profissional sem que haja a necessidade de utilizar advertências. Neste entendimento, a auditoria de enfermagem não demonstra -se como uma prática punitiva frente aos profissionais, e sim como uma forma de avaliar a assistência (SCARPARO *et al.*, 2010).

SUMÁRIO



Nesta perspectiva, uma das ferramentas empregadas pela auditoria em enfermagem com vistas a avaliar a qualidade dos serviços prestados chama-se Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), sendo utilizada como importante item avaliativo. Dentre os pontos importantes desta ferramenta destacam-se: baixo custo para as instituições, promoção do aperfeiçoamento, melhoria da comunicação, além de avanços na segurança do paciente e autonomia profissional (BRASIL, 2011).

Em 1980, o Decreto-lei 94406/87 (BRASIL, 1986) do exercício profissional da enfermagem, definiu dentre as práticas da profissão a elaboração da prescrição de enfermagem, havendo uma maior incorporação da SAE à prática do enfermeiro, tornando cada vez mais frequente após a implementação desta metodologia, efetivando sua prática profissional. Tendo ainda a resolução do COFEN 272/2002 revogada pela 358/2009 que dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, nas instituições de saúde brasileiras (BRASIL, 2009).

Assim sendo, é importante salientar que a sistematização da assistência em Enfermagem, enquanto processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Percebe-se contudo, um cuidado de enfermagem ainda fortemente centrado na doença e não no ser humano, enquanto sujeito ativo e participativo do processo de cuidar. A crescente abertura para novas metodologias de produzir conhecimento por meio do processo de cuidar humano permite substituir o olhar reducionista e seguro do saber institucionalizado, por outro diferenciado para os contornos de saúde/doença (NASCIMENTO, *et al.*, 2008).

Nesse sentido, a SAE se exhibe como sendo uma estratégia que une o conhecimento frente aos problemas/necessidades de cada paciente de forma individualizada. Além disso, visa ainda proporcionar um plano de ação que se constitui como um guia para atingir os melhores resultados diante de cada paciente. Neste entendimento,

SUMÁRIO



importante dizer que a SAE organiza o trabalho profissional, de forma a dar suporte instrumental para isso, tornando capaz a operacionalização do PE, os quais devem ser realizados em unidades públicas ou privadas (CASTILHO *et al.*, 2009).

No entanto, embora haja a obrigatoriedade, muitas instituições de saúde não se dedicam a atender esta normatização. Muitos enfermeiros ainda não aderiram à sistematização à sua prática, de forma a prestar uma assistência voltada para às necessidades individuais (CASTILHO *et al.*, 2009).

Um dos maiores entraves para implantação e efetivação da SAE é a falta de conhecimento por parte dos profissionais, que na maioria das vezes não entendem nada sobre as bases teóricas e práticas. Na prática, alguns profissionais entendem sobre os conceitos da SAE e do PE, porém, os têm como sinônimos, esquecendo que o SAE trata-se da organização da operacionalização. Ademais, existem diferentes formas de sistematizar a assistência de enfermagem, como por exemplo com o uso de fluxogramas de procedimentos e protocolos. Sendo o PE apenas uma parte integrante da SAE (MASSAROTI *et al.*, 2014).

Neste entendimento, a prática da auditoria de enfermagem tende a resultar em benefícios aos pacientes, onde os mesmos irão usufruir de serviços mais eficientes e assistência de qualidade. Estes benefícios não se reduzem somente aos usuários, se estendem mormente aos profissionais que prestam assistência, de forma cotidiana, esta prática de revisar as atividades desempenhadas geram bons resultados também para planejamentos futuros.

Ademais, estudos mostram a íntima relação entre o processo de auditoria e a qualidade da assistência prestada, onde, a SAE surge como importante aliada para a gestão hospitalar, para que assim o enfermeiro não fique “preso” somente nos faturamentos e gastos. Auditoria em enfermagem perpassa questões administrativa, financeira e burocrática.

SUMÁRIO



METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa tipo qualitativa de natureza descritiva, tendo sido realizado relato de experiência sobre a vivência de enfermeiros e o entendimento destes em relação ao processo de auditoria em Enfermagem.

A coleta de dados ocorreu pelo método observacional descrevendo sobre a qualidade do serviço no setor público e a importância da auditoria em enfermagem.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Este estudo é um relato de nossa experiência como enfermeira atuante em um serviço público hospitalar e surgiu da inquietação provocada pela importância da auditoria em saúde em serviços públicos. Passamos então a observar e avaliar a vivência de enfermeiros na realização de auditorias no SUS, pela nossa ótica de especializando em Gestão em Saúde.

Convidamos os 10 enfermeiros atuantes em um Hospital Público em Porto Velho/RO para uma roda de conversa, cujo tema era a vivência e conhecimento sobre auditoria em saúde. Aconteceram 2 encontros quinzenais com os Enfermeiros da Unidade de Saúde. O objetivo da 1ª reunião foi obter uma análise situacional da vivência destes profissionais com o processo de auditoria em hospitais públicos. Na 2ª reunião, nosso objetivo foi realizar uma palestra sobre o assunto e tirar todas as dúvidas, enfatizando a importância e necessidade de enfermeiros auditores e as possibilidades de atuação e remuneração. As reuniões aconteceram em julho de 2022.

SUMÁRIO



O município de Porto Velho possui uma população de **548.952** habitantes e localiza-se no extremo Norte do Estado, sendo a capital do Estado. No que se refere à rede assistencial em saúde do SUS, a cidade conta atualmente com 75 equipes de Estratégia Saúde da Família e 38 Unidades Básicas de Saúde. O município conta ainda com Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Referência à Saúde da mulher e da criança, Pronto-Atendimento Municipal, Central de Especialidades, Serviço de Assistência Especializado em DST/HIV/ AIDS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, Centro de Reabilitação.

No 1º Encontro foram discutidos e ouvido a opinião de cada profissional sobre os seguintes pontos:

- O que é auditoria em saúde.
- Qual a influência da auditoria em saúde no processo de cuidar.
- Você já trabalhou como auditor em saúde? Qual a sua área de atuação na Enfermagem?
- Como a assistência de enfermagem interfere na auditoria?

Todos os profissionais presentes tiveram oportunidade de falar sobre a sua vivência diante do exposto.

Relatos:

Os enfermeiros debateram a importância da auditoria vinculada ao processo interno da instituição, com o objetivo de auxiliar nos planejamentos e metas da unidade, busca de melhorias na Instituição de Saúde em que estão alocados, além de identificar possíveis fraudes.

Todos enfatizaram a importância da Auditoria para qualificação da equipe de enfermagem, oferecendo contribuições aos profissionais para orientar suas atividades, estimulando o processo de educação permanente e visando melhorar a assistência voltada ao paciente.

SUMÁRIO



Apenas dois do total de enfermeiros participantes, informaram que trabalham em hospitais privados como auditores e os demais trabalham na área de urgência e emergência.

O mercado de trabalho na área de auditoria em Porto Velho, é incipiente, falta legislação e normas que garantam a aplicação em auditoria, a atuação nesta área é limitada ainda por falta de políticas públicas que formalizam a mínima gestão dos processos. Áreas como controle de gastos, qualificação e capacitação, controle de patrimônio, são por vezes delegadas há técnicos muitos dos quais sem formação.

Outro fator enfatizado, foi a dificuldade relacionada à cultura consolidada no serviço público, onde a falta de capacitação consolidou uma visão retrógrada e ultrapassada de que o serviço público não pode ser transformado.

Para atuar como auditor, se faz necessário uma formação específica, esta como já exposto, falta em nossa região. Ter conhecimento de normas, padrões, diretrizes e legislação, é básico para uma profícua atuação neste segmento.

Um outro ponto enfatizado neste 1º encontro e que foi unanimidade entre os participantes é que através da auditoria os enfermeiros podem comunicar a eficácia, falhas, deficiências dos processos e sugerirem melhorias na qualidade da assistência prestada

Na 2ª reunião que fora previamente pactuada com todos os participantes, fizemos uma palestra sobre auditoria em saúde e sua importância no setor público. O objetivo foi esclarecer pontos que ainda precisavam ser melhor descritos e despertar nos profissionais o interesse por esta área. Houve uma boa aceitação dos pontos destacados e consideramos a iniciativa como sendo válida e muito produtiva.

SUMÁRIO



Discussão

No ensejo de buscar por narrativas que nos ajudasse a compreender, na perspectiva dos Enfermeiro, sobre a auditoria em enfermagem e sua importância para a qualidade do serviço no setor público, se demonstrou produtiva, visto que o contato direto com os profissionais possibilitou a escuta livre sobre suas experiências junto a esta realidade.

Siqueira (2014) nos diz que a Auditoria em Enfermagem ainda é um campo de atuação com pouca expansão no mercado de trabalho, ou seja, um profissional pouco conhecido na área da saúde. Deste modo, talvez isso justifique, a baixa aderência dos profissionais em participar deste momento de relatar suas experiências, e do total de 10 participantes, apenas 2 atuam como auditores do hospital privado Unimed.

Se demonstra muito evidente a relação entre a prática de auditoria e os setores privados. Quanto a isto, Scarparo *et al.* (2010), pontuaram como sendo uma prática comum em instituições privadas.

Na visão de Santos *et al.*, (2012), a auditoria em serviços públicos, o gerenciamento no âmbito da auditoria em Enfermagem se dá em prol de atender os princípios do SUS. Destacando o desafio em se prestar um serviço de qualidade de forma geral para toda população.

Em consonância aos relatos, percebe-se que pensar em qualidade não só da assistência, mas na prestação do serviço como um todo implica estabelecer critérios de avaliação, que se associam com o funcionamento da instituição e não apenas aos cuidados prestados diretamente. Assim, é preciso compreender que o profissional enfermeiro é peça fundamental diante da contribuição no processo de auditoria no contexto do serviço de saúde pública.

SUMÁRIO

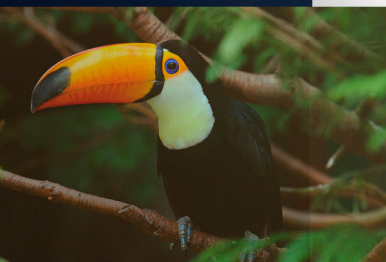
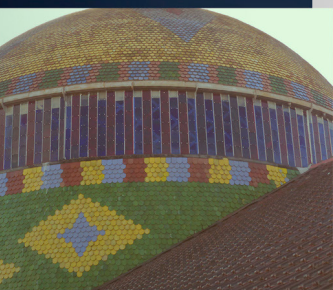
Ainda que se saiba que a auditoria é um elemento fundamental para a gestão da qualidade em nos serviços de saúde, o despeito ante seu bom emprego, muitas vezes se demonstra como uma limitação para o relacionamento profissional entre os profissionais auditores e a parte auditada.

Diante do que foi observado, é importante observar que diversas restrições podem ser, inclusive, impostas pela instituição auditada. Neste contexto, as distintas dúvidas podem surgir ante ao profissional na posição de auditor, com relação a sua própria autonomia para atuar, ou mesmo a resistência dos próprios colegas em colaborar. Estas são algumas motivações que afastam muitos enfermeiros da pretensão de serem auditores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o objetivo deste trabalho foi descrever sobre a qualidade do serviço no setor público e a importância da auditoria em Enfermagem, é correto dizer que a elaboração de um planejamento estratégico para a formação e rotatividade de gestores; a formação continuada de servidores com vistas ao crescimento gerencial; investimento na qualificação do servidor bem como na aquisição de tecnologias disponíveis; melhorar nas ferramentas de trabalho; preocupação com o bem estar dos servidores; gestão por competência, desenvolvimento de lideranças, investimento em softwares que agilizem alguns serviços são aspirações vindouras diante qualidade do serviço no setor público.

Por outro lado, é correto afirmar que a maior dificuldade relacionado ao serviço público é o cultural, onde emprega-se a visão ultrapassada e contaminada de que o serviço público não pode ser transformado.



SUMÁRIO



Assim, percebe-se que o serviço público necessita cada vez mais de modelos de acreditação para que se possa verdadeiramente mostrar que tudo pode ser diferente. Embora o setor público não tenha, na maioria das vezes, credibilidade de boa prestação de serviços, é preciso que haja o incentivo e confiança. Igualmente, ideias pautadas em estratégias de comunicação tendem a moldar e demonstrar melhores resultados frente às condições de trabalho/vida dos servidores e usuários.

Os servidores, neste caso, precisam de estímulo para pesquisar, capturar, arquivar e compartilhar seu engajamento como alicerce para melhoria da produtividade pessoal e dos serviços prestados. Neste intento, a comunicação surge como um processo contínuo e facilitador para instituições públicas frente ao engajamento dos servidores e suas respectivas funções.

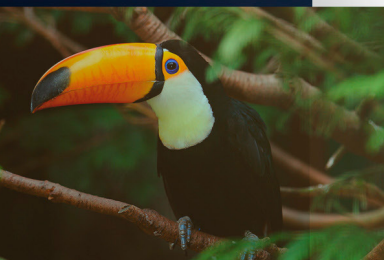
Ademais, este estudo nos mostrou ainda a baixa atuação e conhecimento por parte dos enfermeiros (as) no âmbito da auditoria, haja vistas o déficit no incentivo à capacitação, a baixa procura por profissionais que atuem neste ramo e a desvalorização cultural. Fica, portanto, a reflexão acerca de um olhar para a necessidade de Políticas Públicas que fomentem uma Saúde pública de qualidade, enquanto uma realidade no serviço no setor público. E para isso, o uso da auditoria em enfermagem tem demonstrado um forte utilitário.

REFERÊNCIAS

ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidade e indignações. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 200.

ALCANTARA, M. R.; SILVA, D. G.; FREIBERGER M. F.; COELHO, M. P. P. Teorias de enfermagem: a importância para a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Revista Científica FAEMA**, v. 2, n. 2, p. 15, 2011.

SUMÁRIO



ARAÚJO, Luís César G. de. **Gestão de Pessoas: Estratégias e Integração Organizacional**. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

BOOTHBY, D.; DUFOUR, A.; TANG, J. Technology adoption, training and productivity performance. **Research Policy**, v. 39, n. 5, p. 650-661, 2010.

BRANDÃO, E. P. **Conceito de comunicação pública**. In: DUARTE, J. (Ed.). Comunicação pública: Estado, mercado, sociedade e interesse público. 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2009.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). **Resolução nº 358 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Brasil – Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Auditoria do SUS: orientações básicas**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Sistema Nacional de Auditoria. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Brasília – DF, 2011. p. 48.

CASTILHO, N.C; RIBEIRO, P.C, CHIRELLI, M.Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. **Texto e Contexto em Enfermagem**, v.8, n.2, p. 194, 2009.

CENEDÉSI M. G; BERNARDINO E; LACERDA M. R; LIMA K; Funções desempenhadas pelo enfermeiro em unidade de terapia intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 92-102, 2012.

CEZAR, LAYON CARLOS. **Comunicação e marketing no setor público: diferentes abordagens para a realidade brasileira**. Enap. Brasília – DF, 2019.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014

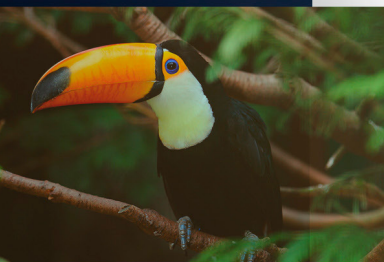
FERNANDES, I. *et al.* **Planejamento Estratégico: Análise SWOT**. Três Lagoas-MS, 2013.

HABERMAS, J. **Mudança- estrutural da esfera pública investigações sobre uma categoria da sociedade burguesa**. São Paulo, SP: Ed. Unesp, 2014.

JOEL, G.; DANIEL, B. Blurring the boundary: convergence of factory and service processes. **Journal of Manufacturing Technology Management**, v. 21, n. 3, p. 341-354, 2010.

KING N. C. de O; DE LIMA, E. P; DA COSTA, S. E. G. **Produtividade sistêmica: conceitos e aplicações**. Produção. Curitiba – PR, 2012.

SUMÁRIO



KUAZAQUI, E; *et al.* **Gestão Estratégica para a Liderança em Empresas de Serviços Privadas e Públicas**. São Paulo: Nobel, 2005.

KOTLER, P. e ARMSTRONG, G. **Princípios de Marketing**. 12.ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

LAS CASAS, A. L. **Administração de Marketing: conceitos, planejamento e aplicações à realidade brasileira**. 1. Ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACEDO, Mariano de Matos, Gestão da produtividade nas empresas. **Revista Organização Sistêmica**. v.1, n. 1, p. 110-119, jan. – jun., 2012

MARTINS, Amanda Juliana Lopes; *et.al.* Auditoria de Enfermagem na Qualidade da Assistência à Saúde Pública. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ed. 11, Ano 02, Vol. 04. pp 96-113, 2017.

MASSAROTI, R.; MARTINI, J.G.; MASSAROTI, A. Sistematização da assistência de enfermagem em Intensiva Adulto: produção brasileira sobre o tema. **História de Enfermagem – Revista Eletrônica**, v.5, n.2, p. 263-279, 2014.

MONTEIRO, M. B. DA S. PAULA, M. A. B. Auditoria e a prática do enfermeiro auditor: uma revisão integrativa da literatura. **Revista de Gestão nos Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 71-93., 2020.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Planejamento estratégico: conceitos, metodologia, práticas**. 26^o ed. São Paulo: Atlas, 2009.

OLIVEIRA, Elisete Alice Zanpronio de; NAPOLI, Cláudia Cradoso Morcira; PERINI, Luis Cláudio. **Desenvolvimento Organizacional**. Recursos Humanos- 1^a ed. – São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.

PEREIRA, Samira Auxiliadora; MIRANDA, Núbia Rodrigues Ramos; COSTA, Regiane Ferreira. Auditoria em enfermagem e suas interfaces com o cuidado: uma revisão de literatura. **Percorso acadêmico**, Belo Horizonte, v. 1, n. 2, p. 287-306, jul/dez 2011.

PINTO, Karina Araújo; MELO, Maria Meira de. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. **Revista escola de enfermagem USP**, v. 44, n. 3, p. 671-8, 2010.

SANTOS, SANTANA, VIEIRA, GARCIA & TRIPPO, C. A. SANTANA, E. J. S., VIEIRA, R. P. GARCIA, E. G. & TRIPPO, K. V. Auditoria e o enfermeiro como ferramentas de aperfeiçoamento do SUS. **Revista Baiana Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p.539-559, 2012.

SUMÁRIO

SIQUEIRA, P. L. F. Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor. **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, v. 3, n. 2, p. 5-19, 2014.

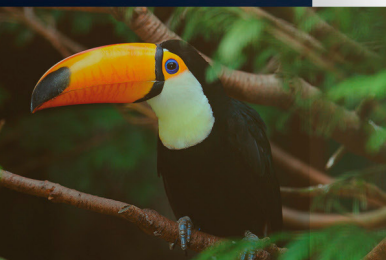
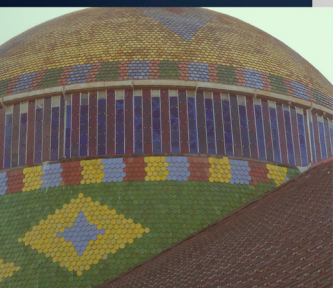
SCARPARO, A. F; FERRAZ, C. A; CHAVES, L. D. P e GABRIEL, C. S..Tendências da função do enfermeiro auditor no mercado em saúde. **Texto contexto enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 85-92, 2010.

TIBURCIO, A. P. N.; SOUSA, L. A. A.; SANTOS, R. F. DOS. A Importância do Enfermeiro Auditor nas Instituições Hospitalares. **Psicologia e Saúde em debate**, v. 5, n. 1, p. 50-59, 2019.

TIRONI, L. F; SILVA, L. C. E; VIANNA, S. M; MÉDICI, A. C. **Critérios para Geração de Indicadores de Qualidade e Produtividade no Serviço Público**. (Texto para Discussão n.238). Brasília: IPEA, out/1991. 15p.

VIEIRA, R. R. dos S *et al*. **Análise da matriz SWOT e matriz BCG como ferramenta estratégica no setor farmacêutico de Mossoró/RN**. XXXIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. A Gestão dos Processos de Produção e as Parcerias Globais para o Desenvolvimento Sustentável dos Sistemas Produtivos (ENESEP). Salvador - BA, 2013.

VIDAL, E. A. B; BERTACINI, M. C. A; DE ALMEIDA, C. N; MANHOLER, R; VALIN, S. A. de A. Gestão de produtividade e organização do tempo: técnicas e ferramentas para o profissional de secretariado. **Linguagem Acadêmica**, Batatais, v. 2, n. 1, p. 187-200, jan./jun. 2012.

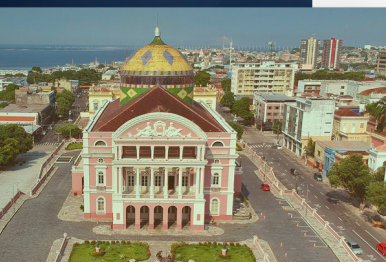


6

Lorena Ravielly Carlos Almeida
Michele Tancman Cândido da Silva
Marcelo Hideki Togo

ECONOMIA DA SAÚDE:
a importância dos gastos públicos
e seus impactos socioeconômicos
no Amazonas (2010 – 2020)

SUMÁRIO

**Resumo:**

O acesso à saúde no Brasil é umas das conquistas pós Constituição de 1988, principalmente com a criação do atual Sistema Único de Saúde (SUS), no entanto, a universalização do serviço, o mal uso dos recursos públicos em alguns casos e as disparidades socioeconômicos entre as diferentes regiões, principalmente no Amazonas, cujo as dimensões são continentais são alguns dos entraves para o pleno sucesso e universalização do sistema. Diante disso, o objetivo geral deste trabalho visa analisar a Economia de Saúde e os impactos socioeconômicos dos gastos com saúde no Amazonas no período de 2010 a 2020. A metodologia, quanto à natureza da pesquisa é de caráter quanti-qualitativo, seus objetivos são descritivos e explicativos, a coleta de dados se deu através de um levantamento documental, compreendendo o período de (1990 – 2021). Os resultados ressaltaram a importância da boa governança, o aumento dos gastos públicos em saúde no estado, principalmente no interior do Amazonas, cujo a infraestrutura logística é complexa, mesmo assim, houve um aumento de 45% do gasto per capita em saúde pública em um período de 10 anos. Neste sentido a descentralização das decisões e dos gastos com a saúde tornam-se fundamentais para a universalização do serviço no país, principalmente no Amazonas um estado de grandes dimensões, uma vez que a participação do setor privado nos interiores do Amazonas é baixa, visto as desigualdades socioeconômicas entre a capital e o interior, fazendo com que o SUS seja fundamental para esse processo de universalização.

Palavras-chave: Amazonas; Aspectos socioeconômicos; Gestão em Saúde; Gastos Públicos.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

O Brasil é conhecido mundialmente por ter um amplo sistema de saúde público, o Sistema Único de Saúde – SUS. No entanto, ainda há muito o que ser adequado para que o sistema funcione de forma plena e otimizada. Por se tratar de um sistema que atende milhões de brasileiros em condições socioeconômicas distintas, muitos pontos relevantes são questionados e discutidos pela população e pelos profissionais que fazem este sistema acontecer (BRASIL, 1990).

Nos últimos anos o crescimento dos gastos com saúde no mundo preocupa autoridades tanto dos países desenvolvidos, quanto dos países em desenvolvimento. Segundo dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, os gastos com saúde dos países-membros, por volta de 1960, estava entre 2% e 5% do PIB, já na década de 1980 passaram a representar algo entre 6% e 12% do PIB. Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2019), os gastos com saúde representam 10% do PIB mundial (FERNANDES, 2020).

O Brasil possui grande desigualdade social, e isto impacta diretamente o acesso à atenção básica. Os gastos do governo reduzem esta desigualdade no acesso quando a utilização de recursos é cuidadosamente planejada para garantir que toda a população tenha acesso a cuidados de saúde primários, o que nem sempre é possível. Conforme dados do relatório da OMS, em torno de 100 milhões de pessoas ainda são empurradas para a pobreza devido aos altos custos com saúde (ONU News, 2019).

Em 2010, o Amazonas tinha gasto total com saúde sob a responsabilidade do Estado, por habitante - de R \$504,84. Em 2020, este valor chegou a R \$923,38 por habitante, o que representa um aumento de 45% em um período de 10 anos (SIOPS, 2019).

SUMÁRIO



O sistema público de saúde no Brasil, segundo Barbosa (2004) e neste caso, no Estado do Amazonas tem suas vantagens e desvantagens, e não se sabe, se há ou não o direcionamento correto do investimento necessário para sua melhoria, surgem alguns questionamentos relevantes quanto aos gastos públicos para este fim, e de que forma a sociedade é impactada como um todo.

Por exemplo, quais os maiores gastos do sistema de saúde do Amazonas, se houve uma melhora na qualidade dos gastos com saúde nos últimos anos, quais as expectativas profissionais e sociais dos trabalhadores da área da saúde, capacitação dos profissionais da área da saúde, os benefícios do SUS para a sociedade, de forma que possamos levantar o histórico dos gastos públicos com saúde e traçar os impactos destes no nosso estado (BARBOSA, 2004; SIOPS, 2021). E diante disso, essa pesquisa propõe a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os impactos socioeconômicos dos gastos públicos com saúde, no Amazonas, ao longo dos últimos 10 anos?

Tendo a pesquisa analisado os gastos públicos com saúde do Estado do Amazonas no período de 2010 a 2020, e observando que a uma tendência a gastos desequilibrados, levantando a hipótese por esta pesquisa é que: os gastos vêm aumentando a cada ano, a maior parte dos gastos são com remuneração de servidores, seguido de empresas assistenciais e posteriormente com compra de insumos como medicamentos e produtos para saúde.

Os gastos com saúde estão entre os maiores alocadores de recursos que saem do bolso da população, com o pagamento de impostos. Além disso, vimos que nos últimos anos esses números cresceram exponencialmente e na prática não conseguimos enxergar melhorias que impactam diretamente o usuário. Por isso, é muito importante investigar e entender onde estão utilizando nossos recursos e o porquê a melhoria não pode ser sentida e convertida em satisfação da população (SIOPS, 2021).

SUMÁRIO

Diante disso, este estudo visa identificar os maiores gastos do sistema de saúde do Amazonas, se houve uma melhora na qualidade dos gastos com saúde nos últimos anos, quais as expectativas profissionais e sociais dos trabalhadores da área da saúde, capacitação dos profissionais da área da saúde, os benefícios do SUS para a sociedade, de forma que possamos levantar o histórico dos gastos públicos com saúde e traçar os impactos destes no nosso estado.

Diante da hipótese abordada o objetivo geral deste trabalho visa:

Analisar a Economia de Saúde e os impactos socioeconômicos dos gastos com saúde no Amazonas no período de 2010 a 2020.

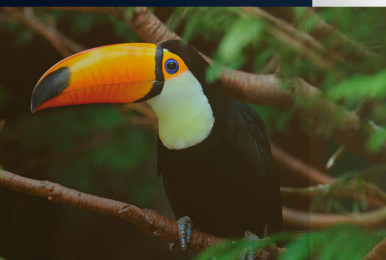
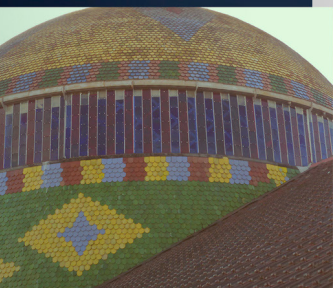
No tocante aos objetivos específicos buscou:

- Contextualizar a Economia de Saúde e importância do SUS, para a população amazonense, destacando os pontos positivos e negativos;
- Analisar os gastos com saúde nos anos de 2010 a 2020 no Amazonas, apresentando os principais impactos socioeconômicos na população amazonense.

REVISÃO TEÓRICA

A Economia da Saúde

A área de estudos da economia da saúde é relativamente nova se comparado com outras disciplinas de ciências sociais aplicadas, segundo Campino (2017), a Economia Moderna inicia-se em 1776 com a publicação, em Edimburgo, do célebre livro de Adam Smith *An Inquiry Into The Nature and Causes Of The Wealth of Nations*, tendo, portanto, pouco mais de 240 anos. Já o início da Economia da Saúde é



SUMÁRIO



frequentemente atribuído ao artigo de Kenneth Arrow “*Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*”, de 1963, tendo, portanto, quase 60 anos de existência.

Um campo de estudo importante que se desenvolveu foi o das relações entre Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico. Um dos pioneiros nessa área foi o Dr. Philip Musgrave, que publicou livros e artigos de importância e impacto nesse tema (para alguns desses trabalhos, veja-se a seção de referências) e teve uma influência marcante na criação da área de Economia da Saúde no Brasil (CAMPINO, 2017).

A economia da saúde possui variáveis distintas de estudo, as condições de vida das pessoas e suas consequências sobre a saúde são objeto de pesquisa sistemática e os resultados destas pesquisas procuram relacionar fatores socioeconômicos e indicadores de saúde, como, por exemplo, renda e mortalidade infantil, demonstrando que quanto menor a renda familiar, maior o número de mortes de crianças até o primeiro ano de vida. Além disso, comprovar que a prevalência da tuberculose reduziu com a urbanização, relacionando a melhoria da habitação e dos serviços públicos e a redução dos casos existentes de tuberculose numa determinada comunidade. (DEL NERO, 1995).

No Brasil o contexto da economia da saúde se assemelhou com o contexto de dificuldades dos outros países da América Latina, onde:

Por volta do início da década de 1980, os bancos de desenvolvimento que atuam na América Latina e no Caribe, o Banco Mundial e o Banco Interamericano de Desenvolvimento, passam a se ocupar não somente com o tema de financiamento do setor da saúde, mas também com outros aspectos econômicos do setor, como a alocação de investimentos e a avaliação econômica de programas de saúde. O Banco Mundial iniciou o empréstimo direto para o setor saúde em 1980 e em 1983 havia se tornado um dos maiores financiadores de programas de saúde nos países em desenvolvimento. O Relatório de Desenvolvimento do Mundo, publicação anual do Banco Mundial, teve como

SUMÁRIO



tema em 1993 “Investimento em Saúde”. Esse relatório até hoje é uma referência para quem trabalha com avaliação econômica de projetos/programas de saúde (World Bank, “*World Development Report 1993: Investing in Health*”). O Brasil é um caso que ilustra bem essa preocupação do Banco Mundial com empréstimos diretos para o setor saúde. No início da década de 1980, o Brasil havia solicitado um financiamento para a construção da estrada que liga Cuiabá a Porto Velho. Como parte do financiamento, o Banco Mundial pediu ao governo brasileiro um projeto mais amplo, que incluísse um Programa de Desenvolvimento Rural Integrado, um Programa de Proteção às Comunidades Indígenas e um Programa de Saúde (CAMPINO, 2017 p. 3).

Ao longo da História, os vínculos entre saúde e desenvolvimento foram estudados em correlações estatísticas de variáveis de ambos os temas de caráter simplista, pois considera que as duas partes da equação são de fato separadas. Preferiu-se ver a saúde como parte do processo de desenvolvimento, sobretudo estudando, se a organização do trabalho e os modos de produção. Nesse sentido, o papel do Estado é fundamental para explicar a evolução dos níveis de saúde como parte integrante da situação social, e não só pela sua intervenção no setor saúde pode resultar em benefício para a população e também apresentar maus resultados (DEL NERO, 1995).

O Sistema Único de Saúde

Segundo o Ministério da Saúde a economia da saúde tem por objetivo criar as condições para que as ações e serviços de saúde sejam prestados de forma eficiente, equitativa e com qualidade para melhor acesso da população, atendendo aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde, estabelecidos constitucionalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

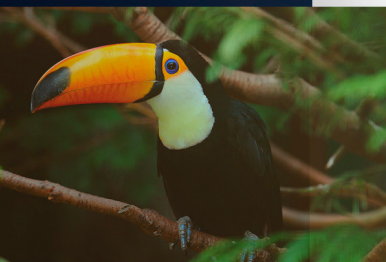
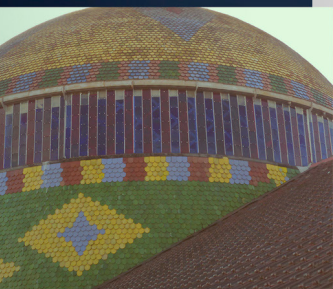
SUMÁRIO

O sistema de saúde é um dos pontos mais importantes de cada nação. Tanto os países desenvolvidos, quanto os países mais pobres têm preocupações quanto às demandas desta área. Potências mundiais, todos os anos, buscam inovar e melhorar as condições dadas a quem precisa do suporte médico básico e mais avançado, no Brasil, foi estabelecido o Sistema Único de Saúde pela lei 8080 de 19/set/1990 - Lei Orgânica da Saúde:

Conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos ou instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta das fundações mantidas pelo poder público, incluídas as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde (DeCS - Descritores em Ciências da Saúde).

Os diferentes tipos de sistema de saúde abordados anteriormente, que pressupõem financiamento via impostos, contribuições ou pagamento direto das famílias, seja para planos de saúde ou para os profissionais e empresas de saúde, implicam uma distribuição do gasto em saúde, entre público e privado, de forma distinta em cada país. (MARQUES; PIOLA; ROA, 2016, p. 27-28).

As desigualdades sanitárias são exemplificadas, no Norte, que segundo Garnelo, Sousa e Silva (2017), pelo restrito número de médicos atuando no SUS (1/1000 habitantes) e elevada razão capital/interior na disponibilidade desses profissionais (2,5 médicos/1000 habitantes) nas capitais, contra (0,4/1000 no interior). Na comparação entre regiões geográficas a disponibilidade de médicos nas capitais do Norte foi quase 3 vezes inferior àquela encontrada nas do Sul do país; (7,1/1000) e mais de 4 vezes inferior à distribuição de médicos no interior do Sudeste (1,7/1000). Dentre os estados do Norte, o Amazonas teve o menor percentual de médicos com registro de atuação no interior do estado (6,9%).



SUMÁRIO



A regionalização em saúde é vista como uma das alternativas para buscar a redução das desigualdades no acesso ao SUS, sendo caracterizada como uma integração entre os diversos níveis do cuidado à saúde, consorciada às políticas econômicas e sociais voltadas para a inclusão social e para um modelo de desenvolvimento comprometido com a redução das desigualdades regionais (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

METODOLOGIA

A metodologia utilizada no decorrer da pesquisa consiste na utilização do método observacional. A natureza de pesquisa é descritiva de caráter bibliográfico e documental, pois serão utilizados materiais já publicados sobre o tema, com uma abordagem qualitativa e quantitativa.

Como fonte principal de dados foram utilizados o Relatório da Organização Mundial de Saúde e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde e Leis referentes à saúde. Para elaboração de referencial teórico foram usados livros, trabalhos acadêmicos, artigos, publicações e periódicos nacionais.

Os instrumentos de coleta de dados desta pesquisa são de caráter bibliográfico e documental, a partir de: são artigos, trabalhos acadêmicos, e de pesquisa documental. Como fonte principal de dados serão utilizados o Relatório da Organização Mundial de Saúde e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde, realizado pelo Ministério da Saúde.

A abordagem da pesquisa é quali-quantitativa; é qualitativa pois ela busca analisar a importância do SUS para a população amazonense, destacando os pontos positivos e negativos (GIL, 2008). O trabalho

SUMÁRIO



vai se utilizar de dados quantitativos em relação aos gastos públicos com saúde nos anos de 2010 a 2020 no Amazonas.

Com relação ao tratamento dos dados, foi utilizado o Software Microsoft Office Excel para a tabulação de dados quantitativos. Quanto aos dados qualitativos sobre os gastos com saúde no Amazonas e os impactos socioeconômicos, utilizou-se uma matriz de análise dos dados, objetivando entender a situação e responder às questões de acordo com o (Quadro 1).

Quadro 1 – Matriz de análise sobre gastos com saúde no Amazonas

Qual a importância do SUS para a sociedade do Amazonas?
Os gastos públicos e privados do Amazonas em saúde fornecem o acesso universal deste serviço à sua população?
Quais os aspectos socioeconômicos relacionado à saúde no Amazonas?

Fonte: Adaptado a partir Bueno e Lima (2020).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gastos em saúde no mundo e no Brasil

Os gastos com saúde dependem de muitos fatores, um deles é o mercado, ou seja, do encontro entre os que querem adquirir os bens e serviços de saúde e aqueles que os oferecem. O consumo de saúde é composto principalmente pelos medicamentos, honorários de médicos e gastos em hospitalização e tratamento. Os gastos em hospitalização e tratamento estão entre as maiores despesas do consumo em saúde. (ZUCCHI; DEL NERO; MALIK, p. 131, 2000).

SUMÁRIO

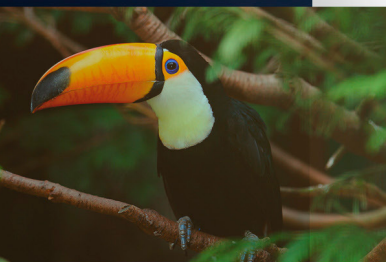
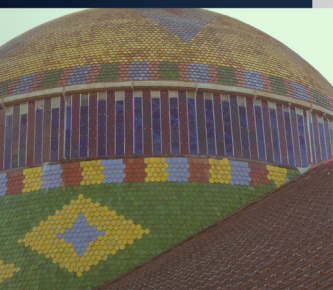
A partir das informações divulgados pela ONU News (2019), na medida que o tempo passa, inovações tecnológicas surgem e a economia mundial passa por transições, a demanda de investimentos em todas as áreas sociais dos Estados são ajustadas e questionadas. As nações precisam se adequar e buscar formas de melhor alocar seus bens para que sejam solucionados não só os problemas que surgem, mas também planejar melhorias para um futuro próximo.

Segundo o relatório da OMS sobre os gastos globais com saúde, concluiu-se também que desde o ano 2000, o gasto público em saúde por pessoa dobrou nos países de rendimento médio. Os governos gastam cerca de US \$60 por pessoa em saúde nos países de baixo ou médio rendimento e US \$270 por pessoa nos países de rendimento médio alto (ONU NEWS, 2019).

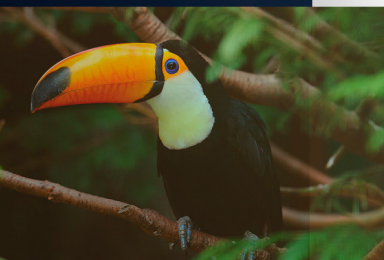
Com a pandemia – coronavírus, podemos perceber a fragilidade do sistema de saúde no mundo inteiro, e infelizmente, alguns países sentiram um peso ainda maior do que o restante do mundo, conforme apontou Fernandes (2020), o Brasil gasta em torno de 9,2% do PIB com saúde, pouco acima da média dos 37 países-membros da OCDE, que é de 8,8% do PIB. Mas no Brasil boa parte dessas despesas são privadas. Os recursos públicos investidos nessa área representam apenas 4% do PIB, enquanto na média da organização ela é de 6,6% do PIB.

A exemplo de aplicação de recursos, temos o Brasil, que comparado aos países desenvolvidos, está na mesma média de investimentos. Porém, a forma como este recurso é investido e alocado, nem sempre é a melhor opção (FERNANDES, 2020).

Na Região Norte, onde 46% das regiões de saúde têm IDH classificado com baixo, segundo Garnelo, Sousa e Silva (2017), destaca-se ainda que a rede de serviços de saúde é insuficiente e há dificuldade de fixação de recursos humanos, principalmente nos municípios de pequeno porte. Serviços de média e alta complexidade se concentram nas capitais, em prejuízo da população que vive em áreas do interior.



SUMÁRIO



No que se refere aos recursos, onde os repasses de recursos federais são muito inferiores à média per capita nacional e a infraestrutura sanitária é inadequada e pouco resolutiva frente às necessidades. Existe baixa institucionalidade e descontinuidade nas políticas do governo federal com pouca sensibilidade para especificidades regionais, ao lado da restrita capacidade de gestão no âmbito municipal. A regionalização tem caminhado lentamente, sendo marcante a carência de projetos que efetivem a integração entre as intra e inter-regiões de saúde (GARNELO; SOUSA; SILVA, 2017).

Impactos Socioeconômicos dos gastos em saúde no Amazonas e a importância do SUS

O estudo da demanda de serviços de saúde tem aspectos muito específicos, segundo as diferentes interpretações, quais sejam: o preço que se paga por esses serviços, quem exerce a demanda (consumidores, prestadores, governo), o impacto de investimentos realizados sobre a demanda e a prioridade dada à saúde pela população. (DEL NERO, p. 7, 1995).

Segundo Guimarães e colaboradores (2012), o Amazonas é o maior estado brasileiro em extensão, sendo banhado por extensas bacias hidrográficas. São poucos os municípios que tem acesso por terra até a capital. A maior parte dos municípios possuem acesso pelos rios. A população ribeirinha se depara com diversos problemas para ter acesso a serviços como saúde, eletricidade, saneamento básico e etc.

Desta forma, os desafios para conseguir acesso ao SUS são ainda mais complexos, pois o acesso a serviços de saúde pelos ribeirinhos é realizado por meio de pequenas embarcações de madeira, que podem percorrer longas distâncias entre as comunidades até o serviço de saúde (GUIMARÃES, *et al.*, 2020).

SUMÁRIO



Em novembro de 2020, foi criado um programa de teleconsultas, sendo uma das iniciativas do Programa Saúde Amazonas, que visa ampliar e qualificar o atendimento da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS) no estado, também permitindo a capacitação das equipes de saúde da família através da tecnologia. A iniciativa tem como foco os municípios afins de atender às comunidades ribeirinhas do estado.

Sobre aos aspectos socioeconômicos que caracterizam a situação do Amazonas:

O PIB do Amazonas vem crescendo há décadas acima da média nacional, assim como o contingente populacional devido à migração do resto do país e do interior do estado para Manaus. No entanto, a permanência histórica de fatores como a concentração da terra e da renda, a exploração do trabalho informal, a baixíssima remuneração da mão-de-obra e a ausência de políticas sociais compensatórias, faz com que a Política Nacional de Saúde, materializada no SUS, encontre obstáculos quase insuperáveis para avançar no sentido da universalidade, a equidade e a integralidade (BARBOSA, 2004, p.13).

Conforme dados da SIOPS em (2010) e exposto na Tabela 1, o Amazonas teve gasto total com saúde sob a responsabilidade do Estado, por habitante - de R \$504,84. Em 2020, este valor chegou a R \$923,38 por habitante, o que representa um aumento de 45% em um período de 10 anos.

Tabela 1 - Indicadores de despesa total e investimentos na saúde do Amazonas 2010 - 2020

Ano	Despesa total com Saúde, sob a responsabilidade do Estado, por habitante	Participação da despesa com investimentos na despesa total com Saúde
2010	R\$ 504,84	8,15 %
2011	R\$ 522,21	2,77 %
2012	R\$ 544,49	1,63 %
2013	R\$ 630,89	6,65 %
2014	R\$ 679,08	4,39 %

SUMÁRIO



2015	R\$ 669,46	1,00 %
2016	R\$ 701,20	1,41 %
2017	R\$ 619,01	1,13 %
2018	R\$ 694,86	1,60 %
2019	R\$ 738,67	3,04 %
2020	R\$ 923,38	4,06 %

Fonte: Siops – Datasus (2022).

Apesar do avanço do investimento na saúde pública, o SUS precisa respeitar a sua lei de criação (Lei 8080 e Lei 8142 de 1990), sendo um conjunto de normas detalhando os procedimentos necessários à descentralização do sistema de saúde com comando único em cada esfera de governo e os mecanismos que garantem o controle social, mas, faltou definir as fontes exclusivas, suficientes e definitivas de recursos para financiar as ações de saúde. Por isso, apesar de ser instituído como único, o SUS existe como um sistema fragmentado que prevê legalmente um provimento público de serviços de saúde, mas carece de regulamentação que impeça a hipertrofia da prestação privada que deveria ser apenas complementar (ALMEIDA, 2017).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com mais de trinta anos desde a implantação do SUS, o sub-financiamento ainda é apontado como principal gargalo para a sua consolidação, ao lado da má gestão e da corrupção que tornam mais escassos os recursos destinados à área da saúde.

Neste sentido, a descentralização das decisões e dos gastos com a saúde tornam-se fundamentais para a universalização do serviço no país, principalmente no Amazonas cujo a área é superior à Região Nordeste com os seus mais de 1,5 milhão de Km².

SUMÁRIO



A participação do setor privado nos interiores do Amazonas é baixa, visto as desigualdades socioeconômicas entre a capital e o interior, fazendo com que a demanda de mercado de saúde privada seja baixa, destacando de forma mais incisiva a presença do SUS para esse processo de universalização.

No contexto do Estado do Amazonas, chama a atenção pela singularidade da situação em que, ao longo dos anos, os gastos com a saúde sempre estiveram acima da média nacional, tanto em percentual de recursos próprios investidos quanto em valores per-capita. No entanto, um aspecto importante a ser destacado, refere-se à modalidade de gestão.

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados e frente às limitações desta recomenda-se que trabalhos futuros, ampliem as discussões para outros segmentos ou até mesmo para outras espécies de plantas medicinais.

I – Realizar o levantamento das fontes primárias, realizando visitas e entrevistas com (usuários, profissionais de saúde e gestores) em unidades de saúde na capital, no interior e em territórios de povos tradicionais, buscando a percepção do sobre o sistema de saúde;

II – Pesquisar atividades socioeconômicas relacionadas à saúde na capital e no interior do Amazonas;

III – Desenvolver um núcleo de estudos de caráter multidisciplinar de Governança em Saúde nas instituições de ensino públicos e privados a fim de dar mais amparo científico sobre a importância da eficiência dos gastos em saúde, principalmente do setor público para a população do Amazonas.

SUMÁRIO



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Valéria Bentes. Panorama do financiamento da saúde no Estado do Amazonas. 2017. 59 f. **Dissertação (Mestrado Interinstitucional Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) da Universidade Federal do Amazonas (Ufam)**. Disponível em: https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/8328/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o_ValeriaAlmeida_PPSSEA.pdf Acesso em: 08 mai. 2022.

BARBOSA, Maria Artemisa. Desigualdades regionais e sistema de saúde no Amazonas: o caso de Manaus. 2004. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - **Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, 2004.

BUENO, Paulo Henrique de Carvalho; LIMA, Antônia Jesuíta de. GESTÃO E PARTICIPAÇÃO DEMOCRÁTICA: UMA ANÁLISE SOBRE PLANOS DIRETORES MUNICIPAIS NO PIAUÍ. **Qualitas Revista Eletrônica**, v. 21, n. 1, p. 126-144, 2020. Disponível em: <https://revista.uepb.edu.br/index.php/qualitas/article/view/5231> . Acesso em 08 ago. 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080 de 19 de janeiro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 set. 1990.

CAMPINO, Antônio Carlos Coelho. Trajetória da economia da saúde no Brasil. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 6, n. 1, p. 1-8, 2017.

Custos com saúde já representam 10% do PIB mundial. ONU News. 2019. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/02/1660781>. Acesso em: 28. maio. 2022.

DEL NERO, Carlos R. **O que é economia da saúde**. 1995.

FERNANDES, Daniela. **Pandemia evidencia que Brasil gasta pouco e mal em saúde pública, diz diretor da OCDE**. BBC News Brasil. 2020. Disponível em: <https://economia.uol.com.br/noticias/bbc/2020/07/24/pandemia-evidencia-que-brasil-gasta-mal-em-saude-publica-diz-diretor-da-ocde.htm?cmpid=copiaecola>. Acesso: 28. maio. 2022.

GARNELO, Luiza; SOUSA, Amandia Braga Lima; SILVA, Clayton de Oliveira da. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

SUMÁRIO

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008, p. 220.

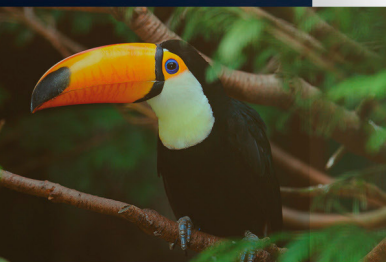
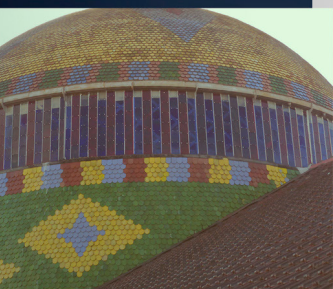
GUIMARÃES, Ananias Facundes *et al.* Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 11, 2020.

MARQUES, Rosa Maria; PIOLA, Sérgio Francisco; CARRILLO ROA, Alejandra. Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento. *In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento*. 2016. p. 27-28.

PIOLA, Sérgio Francisco Organizador; VIANNA, Solon Magalhães Organizador. **Economia da saúde: conceitos e contribuições para a gestão da saúde**. 1995.

SIOPS. Brasília: **Ministério da Saúde**. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/siops/indicadores>. Acesso em: 28. maio. 2022.

ZUCCHI, Paola; DEL NERO, Carlos; MALIK, Ana María. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 9, p. 127-150, 2000.



7

Dulceleide Barros Lopes

Taiã Mairon Peixoto Ribeiro

Nely Cristina Medeiros Caires

AVALIAÇÃO DOS RISCOS OCUPACIONAIS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO INTERIOR DO AMAZONAS:

relato de experiência

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.7](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.7)

SUMÁRIO

**Resumo:**

A prevenção de acidentes e a educação contínua é um desafio para evitar novos surtos requer esforços de formação e informação dos profissionais, garantindo assim uma postura de segurança relativamente à utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) durante a execução do procedimento para a máxima proteção da equipa e do paciente, bem como do profissional. Um maior investimento na prevenção de acidentes e doenças profissionais reduz os custos económicos a médio e longo prazo e contribui para um melhor desempenho organizacional tanto em termos de produção como de qualidade do trabalho em saúde. O objetivo do presente estudo foi explorar descritivamente o relato de experiência de profissionais de saúde da UBS Custódio Inocêncio da Silva no município de Presidente Figueiredo, estado do Amazonas sobre a vivência deles em relação à prevenção de acidentes com materiais perfuro-cortantes e os riscos a que estão expostos durante o exercício profissional diário. Foi constatado pelos relatos dos servidores que existe a ocorrência de acidentes na UBS, embora não seja frequente e que há ainda falta de adesão ao uso de EPIs na rotina em saúde. Sugere-se que sejam realizadas ações de sensibilização, capacitação e conscientização dos profissionais sobre as medidas de biossegurança, prevenção de acidentes e doenças ocupacionais decorrentes do trabalho em saúde na UBS estudada. A maior adesão às medidas de prevenção e controle proporcionam melhor atendimento ao usuário e maior qualidade de trabalho ao profissional da saúde.

Palavras-chave: Acidentes de trabalho; Riscos Biológicos; Riscos ocupacionais.

INTRODUÇÃO

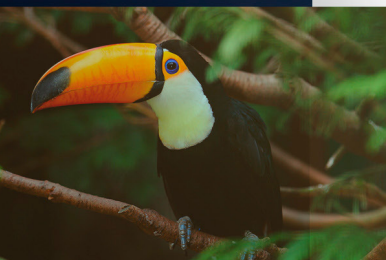
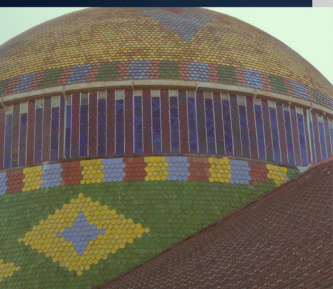
A promoção da saúde é definida pela Carta de Ottawa como o processo pelo qual uma comunidade pode agir para melhorar sua qualidade de vida e saúde. No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), esse conceito contribui para uma melhor compreensão dos processos saudáveis de doença e seus determinantes, facilita a articulação entre tecnologia e política pública de saúde, ao mesmo tempo em que incorpora dimensões do conhecimento popular (FERREIRA *et al.*, 2017).

A Saúde do Trabalhador (ST) foi expressa na Constituição Federal de 1988 como atributo do Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº 8.080/90 a define como um conjunto de atividades voltadas à promoção e proteção da saúde do trabalhador, bem como ao restabelecimento da saúde dos trabalhadores expostos a riscos e insatisfações, por meio da vigilância epidemiológica e sanitária (EVANGELISTA *et al.*, 2009; LIMA *et al.*, 2014).

A promoção da saúde também está inserida no campo da saúde ocupacional e de acordo com a Política Nacional de Saúde do Trabalhador (PNST), compromete-se a reduzir a morbimortalidade da população trabalhadora por meio de ações que intervenham nas doenças relacionadas ao trabalho e seus determinantes (FERREIRA *et al.*, 2017).

Uma das maiores dificuldades na área da saúde é a confiança dos profissionais. A maioria das pessoas acredita que o fato de realizarem uma rotina não as torna vulneráveis a um acidente de trabalho (AT). No entanto, não adianta fornecer equipamentos de proteção individual (EPIs) sem treinamento especial para o manejo dos mesmos, prevenção de acidentes de trabalho e o descarte adequado de perfluorocortante (LIMA *et al.*, 2007).

SUMÁRIO



SUMÁRIO

Os profissionais de saúde precisam adquirir uma postura segura em relação ao uso dos EPIs durante a execução dos procedimentos a fim de garantir o máximo de proteção, não só a este profissional, mas também à equipe e ao paciente. A prevenção e a educação representam desafios no sentido de evitar novas ocorrências e demandam esforços intensos de formação e informação aos profissionais, visando à prevenção dos acidentes de trabalho, que culminam sempre em desgaste (SOUZA *et al.*, 2008).

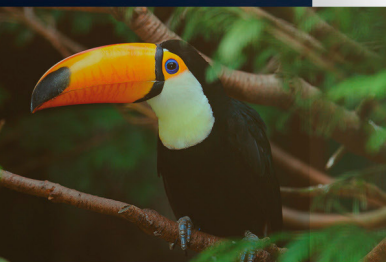
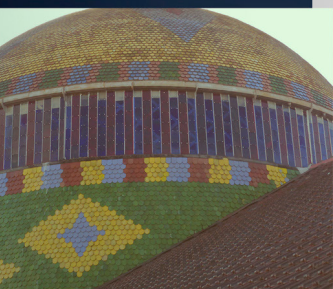
Neste sentido, existe uma preocupação acerca da sensibilização dos profissionais de saúde para o correto uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), de forma a minimizar/eliminar determinados riscos biológicos ou químicos aquando da prestação de cuidados diretos (MENDES; AREOSA, 2016)

Sendo assim, este trabalho se propõe a apresentar relato de experiência sobre o mapeamento dos acidentes com material biológico de profissionais prestadores de assistência na UB Custodio Inocêncio da Silva, situada no Município de Presidente Figueiredo no Estado do Amazonas.

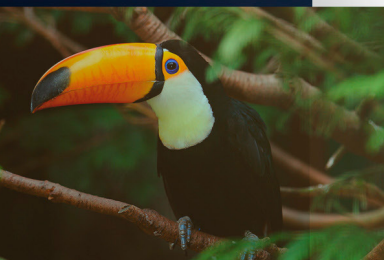
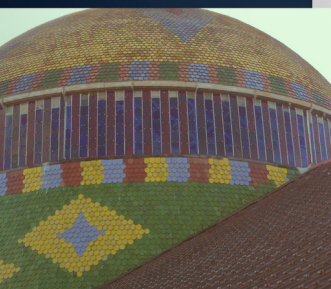
REVISÃO TEÓRICA

Os trabalhadores da saúde estão expostos a diversos tipos de agentes biológicos, como vírus, bactérias, fungos, protozoários e ectoparasitas. O sangue e o trato respiratório são as principais vias de infecção, seja por meio de respingos de sangue ou pela inalação de aerossóis e gotículas durante o atendimento ao paciente (SOUZA *et al.*, 2008).

De acordo com Miranda *et al.* (2011), além de utilizar equipamentos de proteção individual (luvas, óculos, aventais e máscaras), existe a necessidade de se estabelecer protocolos de biossegurança



SUMÁRIO



e adoção de medidas no ambiente de trabalho tais como: não reciclar agulhas, descarte adequado dos perfurocortantes imediatamente após o uso, educação continuada e incentivo à adoção dos protocolos de imunização.

A prevenção de acidentes e a educação permanente são importantes no que tange a prevenção de acidentes e exigem amplo treinamento e informação dos profissionais para que possam apresentar uma postura segura quanto ao uso de EPIs. O objetivo é que haja proteção do paciente e profissional durante os procedimentos (SOUZA *et al.*, 2008).

Acidentes de Trabalho – Profissionais de Saúde

A Secretaria do Trabalho e Emprego classifica os riscos ocupacionais na Norma Regulamentadora 9 (NR) em riscos físicos, químicos e biológicos, e inclui na NR 5, no Anexo IV, um mapa de riscos ergonômicos e de outros agravos (BRASIL, 1978).

É muito importante que nos locais de trabalho de saúde haja uma identificação adequada do mapa de riscos inerente às práticas ali realizadas para que sejam adotadas medidas corretas e efetivas de biossegurança como medida preventiva para a saúde ocupacional da equipe (CALISTO, 2014).

Os riscos ocupacionais com fluidos biológicos para os profissionais de saúde estão entre os riscos mais comuns e graves, podendo levar ao desenvolvimento de doenças. Dentre elas podemos destacar a Hepatite B (HB), Hepatite C (HC), HIV, Tuberculose, Influenza e COVID-19 (SILVA *et al.*, 2017).

Um maior investimento na prevenção de acidentes e doenças profissionais pode reduzir os custos econômicos a médio e longo prazo com medicação profilática, tratamento para as doenças ocupacionais

SUMÁRIO



e até aposentadoria precoce do trabalhador vítima de acidentes no ambiente de trabalho. Além disto, as medidas preventivas contribuem para um melhor desempenho organizacional tanto em termos de produção como de qualidade do trabalho (MENDES; AREOSA, 2016).

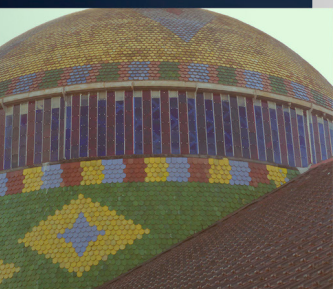
Condutas pós-acidentes ocupacionais

Diante de um acidente ocupacional com material pérfuro-cortante, as Medidas a serem adotadas são chamadas de medidas de controle da exposição Pré-ocupacional. Compreendem a utilização de precauções padrão e são consideradas as principais medidas de precaução para evitar a exposição a agentes biológicos. (LUIZE *et al.*, 2015).

É também necessário o desenvolvimento de metodologias que permitam o envolvimento e engajamento dos trabalhadores. A participação efetiva no processo de identificação e classificação dos riscos, através de uma abordagem sistemática, é fundamental para a criação de instrumentos que possam realmente ajudá-los a estabelecer novas ações e orientações para a prevenção e promoção da saúde no ambiente de trabalho (SILVA *et al.*, 2017)

Após a ocorrência de acidente com materiais biológicos, as ações a serem adotadas imediatamente incluem: aconselhamento do trabalhador para que se mantenha calmo; em caso de exposição dérmica ou cutânea, aconselhar o trabalhador a lavar a ferida com água e sabão, limpeza das membranas mucosas com água ou solução salina; contatar serviço ao qual o trabalhador estava profissionalmente exposto para realização de testagem para hepatite B, hepatite C e, se possível, organizar testes sorológicos para a testagem rápida do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (MIRANDA *et al.*, 2011).

SUMÁRIO



METODOLOGIA

Trata-se de estudo exploratório-descritivo através de relato de experiência baseada no mapeamento dos acidentes com material biológico em profissionais de uma UBS na comunidade Cristo Rei localizada na Am 240 km 28 no município de Presidente Figueiredo-AM.

A equipe de saúde desta UBS é composta por doze servidores: duas enfermeiras, uma médica, um odontólogo, quatro Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), duas Técnicas de Enfermagem, uma Técnica em Saúde Bucal e uma assistente de Serviços Gerais.

Essa área atende sete comunidades localizadas entre o km 10 até o km 40. São realizados atendimentos Móveis nas Comunidades: Marcos Freire, Nova união, São Francisco de Assis, Novo Horizonte e São Salvador, O atendimento ocorre sempre das 8h às 12h e das 13h às 15h todas as Quartas-feiras.

A unidade móvel oferece exames preventivos, encaminhamentos para mamografia, testes rápidos de Imunodeficiência Viral Humana (HIV), sífilis, hepatites, teste de gravidez e serviços odontológicos. A presença da Unidade Móvel possibilita um atendimento mais rápido e fácil, principalmente na zona rural, atendendo às demandas, fazendo marcações de exames e entregando remédios disponibilizados pelo SUS.

Diante do relato de alguns profissionais sobre terem sido vítimas de acidentes com material perfuro-cortante, propusemos uma roda de conversa, após os atendimentos da tarde para que todos pudessem compartilhar as condutas durante o atendimento, possíveis falhas no processo que poderiam ter levado a ocorrência dos acidentes e medidas que poderiam ser adotadas. Após esta conversa, agendamos nova reunião para treinamento sobre o protocolo de biossegurança, mapa de riscos e medidas de prevenção a ocorrência de acidentes de trabalho.

SUMÁRIO



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a realização da roda de conversa e oitiva com os doze servidores, verificou-se que o descarte incorreto dos materiais perfurocortantes é uma realidade na UBS em questão, sendo relatado dois acidentes de trabalho: uma profissional lesionou-se com uma agulha descartada em local inadequado (lixo comum). O cirurgião-dentista lesionou-se com agulha após uma extração dentária. Observamos que além do descarte inadequado, alguns motivos como cansaço, alta demanda de pacientes a serem atendidos que acaba por gerar estresse e pressa no atendimento, foram relatados pelos profissionais como fatores que podem ter comprometido o processo que é gerado como resultado do acidente de trabalho. Os profissionais foram encaminhados para realização da notificação do acidente e exames pós-exposição que incluíram: Teste rápido para HIV, HBV e HCV. Os testes são realizados em Manaus/AM no Hospital de Medicina Tropical, não sendo disponibilizado no município de Presidente Figueiredo/AM. O tempo de deslocamento até a capital é de até 2 horas, o que permite que o profissional ainda esteja dentro da margem de segurança para realização dos exames e realização precoce da profilaxia medicamentosa.

Os testes dos dois profissionais deram negativo para as doenças testadas.

Não foram relatados outros acidentes pelos demais profissionais, mas relataram que sentem falta de palestras, treinamentos e mais rodas de conversa para discutirem sobre o fluxo e processo de atendimento e o que pode ser melhorado, além da possibilidade da realização do teste rápido no próprio município. O acidente em si, a distância a ser percorrida para a realização dos testes rápidos e a espera pelo resultado dos exames foram ditos como angustiantes e que geram medo, insegurança e ansiedade.

SUMÁRIO



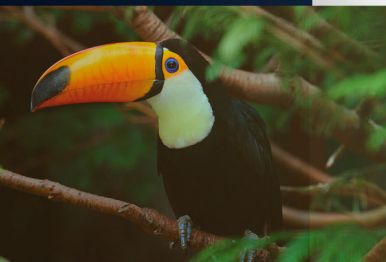
Na 2ª reunião, realizamos palestra sobre as Medidas de Biossegurança, a atualização dos Mapas de Risco no ambiente de trabalho e as medidas de profilaxia pós acidente ocupacional. Houve adesão de todos os profissionais que se propuseram a ter mais cautela durante os atendimentos, visando sua segurança, a dos pacientes e de seus familiares.

É importante que se obedeça ao disposto na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) nº 306, de 7 de dezembro de 2004. No Anexo I, capítulo 14, item 14.1, é descrito que os profissionais de saúde façam o descarte de resíduos perfurocortantes (classificados no Grupo E) imediatamente após-uso em recipientes resistentes (NBR 13853/97 ABNT) à punctura, ruptura e vazamento (BRASIL, 2004). A RDC da ANVISA nº 222, de 28 de março de 18, trouxe a possibilidade da desconexão do conjunto (agulha e seringa), porém somente com o auxílio de dispositivos de segurança, continuando vedado a desconexão e reencape manual de agulhas (BRASIL, 2018).

Devido ao descarte incorreto incorrer em possíveis prejuízos ambientais e acidentes, sugere-se o treinamento admissional como forma de preparar os profissionais para a adequada prestação da assistência, bem como os adaptar à nova instituição, e a reciclagem de conhecimentos dos membros da equipe com maior experiência, os apropriando com certificação. Os cursos e instruções permitem reduzir os acidentes em virtude do atendimento rápido sem observância dos cuidados fundamentais, bem como evita a distração, que são condições recorrentes em locais de grande demanda de usuários, além do estresse inerente ao setor de saúde (Lapa *et al.* 2017; GARCIA *et al.*, 2020).

Porém, ainda assim os profissionais expressam o receio de se infectar com doenças transmissíveis, reduzindo sua qualidade de vida por aumento de estresse e ansiedade. As medidas pós-exposição na sequência de um acidente causado por uma substância biológica ou

SUMÁRIO



química incluem cuidados locais, cuidados clínicos em serviços especializados para determinar o risco de infecção e assim definir as ações preventivas a seguir, e notificação do acidente pela Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) (LUIZE *et al.*, 2015). A existência de um protocolo específico para a instituição é fundamental, bem como o acolhimento do profissional de saúde em situação de acidente ocupacional (GALARÇA *et al.*, 2020). O fornecimento de EPIs em quantidade satisfatória também é necessário para um melhor atendimento, bem como o treinamento para o seu uso e conscientização do uso adequado, auxiliando a reduzir o risco de acidentes (CARDOSO *et al.*, 2021).

De acordo com os profissionais que trabalham em cuidados primários, particularmente em estratégias de saúde da família, estão expostos a vários riscos que diferem dos trabalhadores do ambiente hospitalar. Estudos têm demonstrado que os profissionais que trabalham nos cuidados primários não estão conscientes dos riscos a que estão expostos no seu ambiente e procedimentos de trabalho. Há, portanto, necessidade de uma prevenção eficaz para evitar danos à saúde dos trabalhadores, juntamente com formação para reconhecer os riscos, medidas de precaução e a utilização de equipamento. Os principais fatores de risco para acidentes com perfurocortantes são a sobrecarga de trabalho e o domínio técnico adquirido, portanto passíveis de intervenção institucional para tomada de medidas que assegurem a qualidade de vida do profissional de saúde (CALISTO 2014; OLIVEIRA; PAIVA, 2011).

É notório a necessidade de maior engajamento dos profissionais de saúde da área assistencial analisados no que diz respeito a maior segurança com a utilização de EPIs como medidas de precaução, onde podemos o desuso de luvas e botas adequadas por parte dos profissionais que atuam na área da limpeza, ainda que tenham disponibilidade de tais EPIs, inclusive no manejo do lixo hospitalar da Unidade.

Processos educativos podem elevar consideravelmente a adesão às medidas de prevenção e controle de acidentes. Silva *et al.*

SUMÁRIO



(2021) obtiveram êxito em elevar a adesão ao uso de EPIs de 40% para 78%, além da adesão das medidas corretivas gerais chegar a 97%, sem necessidade de policiamento, pressão externa ou punição, mas tão somente com a conscientização de resguardar sua vida, dos familiares e dos pacientes-usuários dos sistemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os resultados de vivência na unidade básica de saúde Custodio Inocêncio da Silva pode-se afirmar que os trabalhadores da área de serviços gerais e Assistente de Saúde bucal (ASB) são os servidores mais expostos ao risco de acidentes de trabalho.

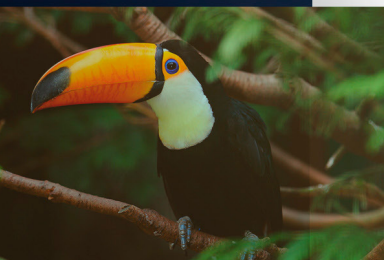
Mesmo com o baixo índice de acidentes, é importante o treinamento contínuo dos profissionais para a correta utilização dos EPIs, gerando maior conscientização no sentido de diminuir os riscos de acidentes ocupacionais com material perfuro-cortantes. O resultado deste estudo contribuiu para as medidas de segurança no trabalho, identificando os locais expostos ao risco ocupacional na UBS mencionada e implementando medidas educativas e instrucionais de biossegurança.

REFERÊNCIAS

ALCANTARA, C. C.S.; FONSECA, F.G.C.; ALBUQUERQUE, A.B.B.; RAMOS-JUNIOR, A.N. Riscos ocupacionais na atenção primária à saúde: susceptibilidade às doenças imunopreveníveis dos profissionais que atuam em uma unidade básica de saúde de Fortaleza, Ceará. **Revista de APS-Atenção Primária a Saúde**, Juiz de Fora, v.8, n.2, p. 143-150, 2005.

ALVES, R. S.; GONDIM, A.P.S.; ARAUJO, M. F.M. **Promoção da saúde da família Ressignificando** a prática e a pesquisa. Fortaleza: Imprensa Universitária da Universidade Federal do Ceará, 2017. 236 p.

SUMÁRIO



BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Norma Regulamentadora 9: programa de prevenção de riscos ambientais, originalmente editada pela Portaria MTb nº 3.214, de 08 de junho de 1978, sob o título “Riscos Ambientais”**. Brasília: Ministério do Trabalho.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 306, de 7 de dezembro de 2004 - Regulamento Técnico para o Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde**. Brasília: Diretoria Colegiada, 2004. 25 p.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 222, de 28 de março de 2018 - Regulamenta as Boas Práticas de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde e dá outras providências**. Brasília: Diretoria Colegiada, 2018. 27 p.

CALISTO, G. C.O. **Adesão às medidas preventivas de acidentes com materiais biológicos para trabalhadores de enfermagem atuantes na atenção básica à saúde**. 2014. 45 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em atenção básica em saúde da família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2014.

CASTRO, F.A.P.; BRITO-JUNIOR, A.J.; FALCÃO, C.A.M.; MESSIAS, D.A.T.; FONTENELE, M.K.V.; PEREIRA, R.M.S.; ALMEIDA, R.C.P.; FERRAZ, M.A.A.L. Acidentes perfurocortantes entre acadêmicos de Odontologia. **Revista da ABENO - Associação Brasileira de Ensino Odontológico**, v.21, n.1, p. 1062, 2021.

CARDOSO, F.S.; SÓRIA, D.A.C.; VERNAGLIA, T.V.C. O uso do equipamento de proteção individual em tempos de COVID-19: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, p.1-14, e55510212772, 2021.

CHIODI, M.B.; MARZIALE, M.H.P.; ROBAZZI, M.L.C.C. Acidentes de trabalho com material biológico entre trabalhadores de unidades de saúde pública. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 4, p. 632-638, 2007.

COSTA, N.N.G.; SERVO, M.L.S.; FIGUEREDO, W.N. COVID-19 and the occupational stress experienced by health professionals in the hospital context: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília**, v.75, (supl.1), p.1-9, e20200859, 2022.

DIAS, C.V.P.; DAMASCENO, J.C.; SILVA, L.V.F.; ROCHA, B.M. Saúde do profissional de Enfermagem: riscos ocupacionais em ambiente hospitalar. **Saúde**, v.46, n.2, p.1-11, 2020.

SUMÁRIO



EVANGELISTA, A.I.B.; PONTES, A.G.V.; SILVA, J.V.S.; SARAIVA, A.K. A saúde do trabalhador na atenção primária à saúde: o olhar do enfermeiro. **Revista Rene**, v.12, (n.esp.), p.1011-1020, 2011.

GALARÇA, A.M.S.S.; SOUZA, J.L.S.; LUND, R.G.; CARVALHO, L.A. Protocolos empregados em serviços de saúde relacionados a casos pós-exposição ocupacional por material perfuro cortante: uma revisão sistemática. **Brazilian Journal of health Review**, v. 3, n. 4, p. 9792-9807, 2020.

GARCIA, C.L.; SILVA, B.C.A.; BATISTA-NETO J.B.S.; SILVA, F.C.C.; CANTÃO, B.C.G.; SILVA, H.R.S.; LIMA, A.B. Acidentes de trabalho com materiais perfurocortantes entre os membros da equipe de enfermagem do pronto-socorro e centro cirúrgico do hospital regional de Tucuruí-PA. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 1, p. 2572-2581, 2020.

GOMES, S.C.S.; CALDAS, A.J.M. Incidência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico em profissionais de saúde no Brasil, 2010-2016. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v.17, n.2, p.188-200, 2019.

LAPA, AT.; DIAS, P.D.G.; SPINDOLA, T.; SILVA, J.M.; SANTOS, PR.; COSTA, L.P. Manuseio e descarte de perfurocortantes por profissionais de enfermagem de unidade de terapia intensiva. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental On line**, v.9, n.2, p. 387-392, 2017.

LEITE, H.D.C.S.; CARVALHO, M.T.R.; CARIMAN, S.L.S.; ARAÚJO, E.R.M.; SILVA, N.C.; CARVALHO, A.O. Risco ocupacional entre profissionais de saúde do serviço de atendimento móvel de urgência – samu. **Enfermagem em Foco**, v.7, n.3/4, p. 31-35, 2016.

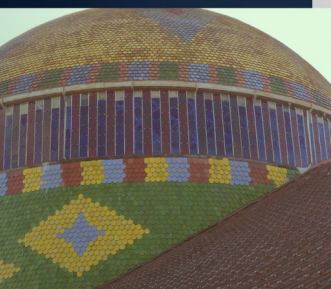
LIMA, F.A.; NEIVA, P.N.C.P.; VIEIRA, F.C. Acidentes com material perfurocortante: conhecendo os sentimentos e as emoções dos profissionais de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v.11, n.2, p.205-211, 2007.

LIMA, P.V.S.F.; ALVES, I.M.; SANTOS, C.T.B.; MACHADO, V.B.; PESSOA, D.F.B.; CAMPOS, M.C.T. Atividade de educação em saúde voltada para a prevenção de acidentes do trabalho com material perfurocortante: relato de experiência. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.5, n.1, p.166-174, 2014.

LUIZE, P.B.; CANINI, S.R.M.S.; GIR, E.; TOFFANO, S.E.M. Condutas após exposição ocupacional a material biológico em um hospital especializado em oncologia. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.24, n.1, p. 170-177, 2015.

MEDEIROS, A. L.; COSTA, M.B.S.; SOUSA, M.C.J.; ROSENSTOCK, K.I.V. Gerenciamento de Riscos e Segurança no Trabalho em Unidades de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.17, n.4, p.341-348, 2013.

SUMÁRIO



MENDES, T.; AREOSA, J. Acidentes de trabalho ocorridos em profissionais de saúde numa instituição hospitalar de Lisboa. **Revista Angolana de Sociologia**, v.13, p. 25-47, 2014.

MIRANDA, F.M.A.; PETRELI, S.; PIRES, M.R.; SOARES, L.G.; RIBEIRAL, B.N.; SARQUIS, L.M.M.; FELLI, V.E.A.; OLIVEIRA, M.C.L.X. Uma contribuição à saúde dos trabalhadores: um guia sobre exposição aos fluídos biológicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 4, p.1018-1022, 2011.

OLIVEIRA, A.C.; PAIVA, M.H.R.S. Fatores determinantes e condutas pós-acidente com material biológico entre profissionais do atendimento pré-hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.64, n.2, p. 268-273, 2011.

RODRIGUES LP, REZENDE MP, SILVA AMB, FERREIRA LA, GOULART BF. Conhecimento e adesão da equipe de Enfermagem aos equipamentos de proteção individual. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.23, p.1-9, e-1225, 2019.

SILVA, K.O.; PEREIRA, A.C.; AGUIAR, L.A.; TEIXEIRA, I.S.; OLIMPIO, F.P.; FERREIRA, M.J.M. Avaliação dos riscos ocupacionais em unidade básica de saúde. **Extensão em Ação**, v.2, n.14, P81-93, 2017.

SILVA, R.K.S.; CASTRO, R.F.; MULLER, D.L.; ANJOS, E.S.; ALVES, J.M.; SOUZA, E.L. ABREU, A.S.; POLARES, A.C.; FREIRE, D.A.; AZEVEDO, A.P. Medidas aplicadas para aumentar a adesão ao uso de epi's entre profissionais da assistência à saúde. **Revista Feridas**, v.9, n.50, p. 1796-1803, 2021.

SOUZA, A.C.S.; SILVA, C.F.; TIPPLE, A.F.V.; SANTOS, S.L.V.; NEVES, H.C.C. O uso de equipamentos de proteção individual entre graduandos de cursos da área da saúde e a contribuição das instituições formadoras. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n.1, p.27-36, 2008.

VASCONCELOS, I.R.R.; ABREU, A.M.M.; MAIA, E.L. Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.33, n.2, p.167-175, 2012.



Françuan de Oliveira Dias

Jerfeson Nepumuceno Caldas

PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PREP) COMO MÉTODO DE APOIO PARA AÇÕES DE PREVENÇÃO À INFECÇÃO PELO HIV:

uma demonstração dos indicadores
de monitoramento no estado do Amazonas

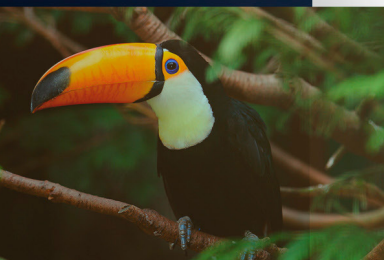
SUMÁRIO

**Resumo:**

A disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua sendo uma das principais preocupações globais de saúde. A Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) é uma abordagem relativamente recente para combater a epidemia de HIV. Nesse ínterim, este estudo tem como finalidade demonstrar os indicadores de monitoramento da PrEP no estado do Amazonas como método de apoio para ações de prevenção à infecção pelo HIV. Com relação à metodologia empregada, a pesquisa caracteriza-se como qualitativa e exploratória, subsidiada pelas análises bibliográficas e documentais. Quanto ao levantamento bibliográfico, realizou-se buscas nas bases de dados do Portal de Periódicos CAPES, com fontes dos últimos cinco anos que tivessem relação com o estudo. Já o levantamento documental se deu a partir dos dados obtidos do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde, os quais foram manipulados e tratados a fim de chegar nos resultados esperados acerca da PrEP no estado do Amazonas. Os resultados apontaram, até o primeiro semestre de 2022, que no estado do Amazonas existem 682 usuários da PrEP, com prevalência da população negra (70,53%), possuindo mais de 12 anos de estudo (65%), com maior demanda de gays e outros HSH cis (73,50%), prevalecendo a faixa etária de 30 a 39 anos (35%), sendo que de 1251 usuários, 569 descontinuaram o uso, considerando que a população que mais descontinua é a de homens heterossexuais cis (61%). Por fim, conclui-se que, a PrEP com medicamentos antirretrovirais pode provar ser uma estratégia de intervenção eficaz se forem identificadas modalidades de PrEP altamente eficazes e econômicas.

Palavras-chave: VIH; HIV-Human Immunodeficiency Virus; Profilaxia; Método Preventivo.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

A disseminação do vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua sendo uma das principais preocupações globais de saúde. Na ausência de uma vacina, outras estratégias profiláticas têm sido desenvolvidas para prevenir a transmissão do HIV. Uma abordagem, conhecida como profilaxia pré-exposição (PrEP), permite que indivíduos HIV negativos que estão em alto risco de exposição ao vírus, seja por meio de um parceiro sexual HIV positivo ou pelo uso compartilhado de equipamentos de injeção de drogas, reduzir o risco de desenvolver uma infecção pelo HIV (STRAUBINGER, KAY e BIES, 2020).

Para Sullivan *et al.* (2012), uma ampla gama de iniciativas de prevenção de HIV destinadas a HSH vem ocorrendo há muitos anos, incluindo: teste de HIV, teste e tratamento de DST, fornecimento de preservativos, educação sobre comportamento sexual, uso indevido de álcool e substâncias, PrEP e tratamento como prevenção. Esses programas foram introduzidos em um momento desafiador, com níveis crescentes de uso sexualizado de drogas entre HSH facilitados pela *internet* e aplicativos para smartphones. O estigma contínuo relacionado ao HIV também impacta negativamente no sucesso desses programas de prevenção.

A PrEP é uma abordagem relativamente recente para combater a epidemia de HIV, com o único tratamento atualmente aprovado sendo Truvada, uma terapia antirretroviral oral diária (ARV) inicialmente indicada no tratamento de infecções ativas por HIV, mas aprovada para HIV PrEP em 2012 (STRAUBINGER, KAY e BIES, 2020).

Salienta-se que a PrEP deve ser combinada com outros métodos de prevenção, tais como o preservativo (camisinha), considerando que não previne outras ISTs, dentre elas, clamídia, gonorreia e sífilis. Sendo assim, recomenda-se tomar a PrEP regularmente com o uso de preservativo – quando ocorrer relações sexuais, para que assim

SUMÁRIO

se tenha mais efetividade na proteção contra o HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2021a).

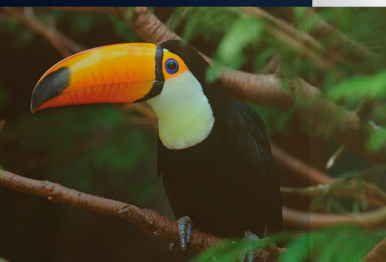
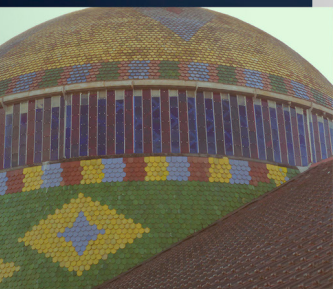
Reconhece-se também que as pessoas LGBTQIA+ vivenciam desigualdades em uma série de questões de saúde quando comparadas aos heterossexuais, incluindo níveis mais elevados de ansiedade, depressão, automutilação, suicídio e dependência de drogas. O estresse da minoria pode explicar algumas dessas disparidades identificadas, e essa teoria também foi proposta como explicação para os altos níveis de comportamento de risco observados em populações de HSH. A marginalização e o estigma são certamente reconhecidos como fatores que contribuem para que as pessoas se envolvam em comportamentos de risco (RENDINA *et al.*, 2017).

Outro ponto que merece destaque é que muitas pessoas LGBTQIA + não revelam sua orientação sexual aos profissionais de saúde. Essa falha está associada ao medo de uma reação negativa e pode ter um impacto no acesso de pessoas LGBTQIA+ a cuidados de saúde adequados e oportunos (BROOKS *et al.*, 2018).

Este estudo está subdividido em seções que abordam, sequencialmente: introdução; referencial teórico (HIV, PrEP e PEP); procedimentos metodológicos (classificação da pesquisa, amostra da pesquisa, processo de coleta e de análise de dados); resultados e discussão (perfil dos usuários em PrEP no estado do Amazonas, indicadores de descontinuidade); e, por fim, as considerações finais.

Questão da Pesquisa

Por que se faz necessário demonstrar e discorrer sobre os indicadores de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no estado do Amazonas como método de apoio para ações de prevenção à infecção pelo HIV?



SUMÁRIO



Objetivo Geral

Apresentar os indicadores de monitoramento da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no estado do Amazonas como método de apoio para ações de prevenção à infecção pelo HIV.

Objetivos Específicos

- Discorrer sobre o perfil dos usuários da PrEP no estado do Amazonas por população, raça/cor, escolaridade e faixa etária;
- Apresentar os indicadores de adesão ao medicamento, eventos adversos, uso do preservativo e número de parcerias sexuais;
- Discorrer a sobre a descontinuidade do uso e os motivos para tal.

Justificativa

Entende-se que demonstrar o cenário da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no estado do Amazonas poderá contribuir com a comunidade acadêmica acerca da temática, além de disseminar conhecimento de novos métodos preventivos à infecção do HIV combinado com outros métodos de prevenção de ISTs.

Nesse sentido, disponibilizar informações aos gestores e profissionais de saúde poderá contribuir para análise epidemiológica, além de demonstrar a situação da PrEP no estado do Amazonas por meio de indicadores e dados básicos de interesse, além de outros recortes que auxiliam no entendimento do panorama atual.

SUMÁRIO



Portanto, estudos demonstrativos como este, ajudam a disseminar conhecimentos acerca da PrEP para possíveis adesões, considerando que os dados sobre aceitabilidade da PrEP são de grande relevância para o novo cenário da prevenção do HIV/Aids em populações-chave, uma delas a população de travestis e mulheres transexuais.

REVISÃO TEÓRICA

Human Immunodeficiency Virus (HIV)

A epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) continua sendo um grave problema de saúde mundial com mais de 35 milhões de pessoas infectadas. As últimas quatro décadas produziram enormes avanços na compreensão do HIV e no desenvolvimento da terapia antirretroviral altamente ativa (cART). O sucesso da cART tornou o HIV uma doença crônica controlável e permitiu que os acometidos tivessem uma expectativa de vida quase normal (TAEGE, 2018).

Para Cambiano, Rodger e Phillips (2011), o diagnóstico preciso da infecção pelo HIV é fundamental e representa a porta de entrada dos infectados pacientes na cascata de tratamento. Além disso, assumiu uma importância renovada na era do “testar e tratar” com ART.

Existem três estágios principais após a infecção pelo HIV em um indivíduo não tratado, caracterizada por sintomas clínicos e marcadores biológicos que também oferecem a oportunidade de uso no diagnóstico e monitoramento por meio de testes laboratoriais. A primeira etapa é a fase aguda, caracterizada pela rápida multiplicação e disseminação do vírus no organismo, que pode levar cerca de 2 a 4 semanas após a infecção (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2017).

SUMÁRIO



Para Schacker (1996), durante esta fase, há uma explosão de replicação viral, com derramamento e pico do antígeno p24 (Ag) no sangue. Durante a fase aguda, algumas pessoas apresentam sintomas semelhantes aos da gripe, como dor de cabeça, febre e erupções cutâneas, por várias semanas.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (2017) esclarece que a segunda fase é a fase crônica ou assintomática, durante a qual o vírus continua a se multiplicar, mas em níveis baixos, e o indivíduo infectado pode não apresentar quaisquer sintomas clínicos. O hospedeiro imune sistema também começa a produzir anticorpos (Ab), o que coincide com um declínio no VL para um estado estacionário. Além disso, há um declínio nos níveis de antígeno p24 à medida que a LV cai, devido à antígeno p24 ligado por anticorpos para formar um complexo anticorpo-antígeno p24, reduzindo assim o nível de antígeno p24 livre no sangue. O período entre a infecção e o aparecimento de Ab (soroconversão) é conhecido como o “período de janela”. Se um paciente permanece sem tratamento, à medida que a replicação viral continua, as células CD4, que servem como alvo do hospedeiro células para replicação viral, são gradualmente destruídas, levando a um declínio das células CD4 números.

A terceira fase, a fase da AIDS, com replicação viral contínua e depleção de células CD4, leva a um sistema imunológico do hospedeiro enfraquecido. A fase final é caracterizada por infecções oportunistas e outros sintomas clínicos (*CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION*, 1992).

Diante desse paradigma, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS apresenta as seguintes estatísticas globais de HIV (UNAIDS, 2021):

- 28,2 milhões de pessoas estavam acessando a terapia antirretroviral em 30 de junho de 2021;

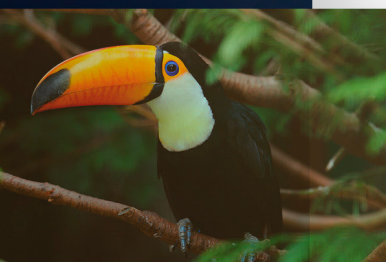
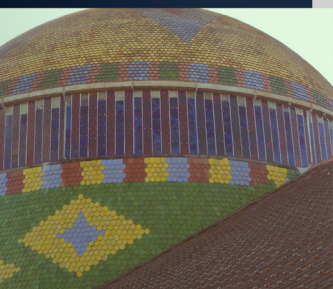
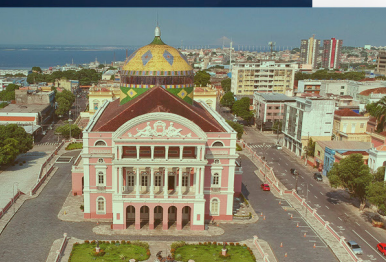
SUMÁRIO

- 37,7 milhões [30,2 milhões–45,1 milhões] de pessoas em todo o mundo viviam com HIV em 2020;
- 1,5 milhão [1,0 milhão a 2,0 milhões] de pessoas foram infectadas pelo HIV em 2020;
- 680.000 [480.000–1,0 milhão] pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS em 2020;
- 79,3 milhões [55,9 milhões–110 milhões] de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia;
- 36,3 milhões [27,2 milhões–47,8 milhões] de pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS desde o início da epidemia.

O risco de contrair o HIV é: 35 vezes maior entre as pessoas que usam drogas injetáveis; 34 vezes maior para mulheres transgênero; 26 vezes maior para profissionais do sexo; e 25 vezes maior entre homens gays e outros homens que fazem sexo com homens. Salienta-se que 39% das novas infecções por HIV ocorrem na África Subsaariana. (UNAIDS, 2021).

Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)

A PrEP é uma estratégia de prevenção de HIV altamente eficaz que é significativamente subutilizada. Embora as infecções por HIV estejam diminuindo, em 2018, 1,7 milhão de pessoas em todo o mundo foram diagnosticadas com HIV (UNAIDS, 2019). Um regime de PrEP consiste em uma pílula oral uma vez ao dia e reduz o risco de infecção pelo HIV para efetivamente 0%, quando tomado de forma consistente (PARSONS, J. T. *et al.*, 2017). Apesar de sua eficácia e da crescente conscientização sobre a PrEP, o uso da PrEP permanece em apenas cerca de 35% entre os indivíduos com alto risco de contrair o HIV (FINLAYSON *et al.*, 2019).



SUMÁRIO



Sem uma vacina no horizonte, as intervenções para reduzir a aquisição do HIV se concentraram na PrEP, uma intervenção biomédica para reduzir o HIV usando a terapia antirretroviral. O conceito de que os medicamentos antirretrovirais podem reduzir a aquisição do HIV foi baseado em estudos que revelaram que a zidovudina, um inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa (RT), poderia prevenir a transmissão perinatal para bebês (CONNOR *et al.*, 1994).

Mais tarde, estudos em animais revelaram que a coadministração de tenofovir disoproxil fumarato (TDF) com emtricitabina (FTC) (inibidores de RT de nucleotídeos e nucleosídeos) foi altamente eficaz na redução da infecção pelo vírus da imunodeficiência símia em macacos (GARCÍA-LERMA *et al.*, 2008).

Como resultado desses e de outros estudos em animais, foram iniciados ensaios clínicos para avaliar a eficácia da PrEP para HIV, usando TDF e FTC. Os resultados de um grande ensaio clínico de fase III em vários locais, controlado por placebo, realizado em HSH e mulheres transgênero, com Emtricitabina/Tenofovir Disoproxil Fumarate para a Prevenção do HIV em Homens (iPrEx), forneceram a primeira prova de conceito de que a PrEP oral pode ser uma intervenção importante para reduzir a infecção pelo HIV (GRANT *et al.*, 2010).

Após os resultados deste estudo, os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) publicaram suas diretrizes provisórias para o fornecimento de PrEP em HSH. Posteriormente, foram emitidas orientações para o uso da PrEP em usuários de drogas injetáveis e heterossexuais com risco elevado de HIV após estudos revelando eficácia nessas populações (SMITH *et al.*, 2013).

Foi demonstrado que tomar a PrEP conforme prescrito reduz a aquisição do HIV por contato sexual em até 99%. A eficácia da PrEP em pessoas que usam drogas injetáveis mostrou que 49% estavam protegidos contra a infecção pelo HIV em geral, mas 74% estavam

SUMÁRIO



protegidos naqueles que tomaram a PrEP conforme prescrito, com níveis de drogas detectáveis (CHOOPANYA *et al.*, 2013).

Outras modalidades de PrEP incluem o uso de TDF/FTC sob demanda em vez do cabotegravir injetável diário e de longa ação (LAI), que atualmente está sob investigação como a primeira forma de PrEP injetável (MOLINA *et al.*, 2017).

Embora a terapia com PrEP tenha demonstrado consistentemente alta eficácia na prevenção da infecção pelo HIV, essa eficácia depende da adesão do paciente ao regime de tratamento prescrito. Isso pode representar um problema significativo em países de baixa e média renda, que podem não ter infraestrutura para fornecer acesso suficiente à medicação da PrEP para manter os regimes de dosagem diários (STRAUBINGER, KAY e BIES, 2020).

Para Reyniers *et al.* (2021), a pandemia da Covid-19 tem sido responsável por grandes mudanças no comportamento sexual e na prevenção. O risco sexual e o uso de PrEP diminuíram durante os primeiros períodos de distanciamento físico e medidas de restrição. Assim, a necessidade de cuidados com PrEP pode ter sido menor nesse período.

Para Bloch (2020), a PrEP é indicada para pessoas que correm risco de infecção pelo HIV ou têm medo de adquiri-lo. Homens que fazem sexo com homens respondem por aproximadamente 70% dos diagnósticos de HIV. Um alto risco de infecção pelo HIV tem sido associado a:

- relação anal receptiva desprotegida;
- histórico de infecções sexualmente transmissíveis, particularmente gonorreia anorretal e clamídia;
- uso de drogas ilícitas, particularmente metanfetamina cristal devido ao seu efeito sobre o comportamento.

SUMÁRIO



Profissionais do sexo e pessoas que usam drogas intravenosas também estão em risco de HIV, assim como algumas pessoas trans e heterossexuais que se envolvem em comportamentos de alto risco (BLOCH, 2020).

Profilaxia Pós-Exposição (PEP)

A PEP é uma modalidade de prevenção do HIV segura e eficaz para pessoas com exposição recente (dentro de 72 horas) ao HIV. As pessoas com exposição ao HIV frequentemente se apresentam em clínicas de atenção primária e departamentos de emergência, por isso é útil que não especialistas tenham confiança na prescrição de PEP. Os médicos que cuidam de pessoas que apresentam uma exposição recente ao HIV exigem o conhecimento dos testes diagnósticos recomendados após a exposição sexual e exposição sanguínea, regimes de PEP, cronograma de acompanhamento de curto e longo prazo e o potencial de trauma físico e psicológico – para casos de agressão sexual (SIEDNER, TUMARKIN E BOGOCH, 2018).

A PEP é tipicamente iniciada quando o risco de exposição é moderado a alto e quando a fonte tem um risco não negligenciável de HIV, como com sexo anal insertivo ou receptivo sem preservativo ou compartilhamento de apetrechos de injeção de drogas (RODGER *et al.*, 2016).

Para Tan *et al.* (2017), os regimes de PEP geralmente compreendem três medicamentos antirretrovirais que são iniciados dentro de 72 horas após uma exposição potencial ou confirmada ao HIV e continuados por 28 dias.

Os regimes medicamentosos de PEP comuns incluem um comprimido combinado de tenofovir disoproxil fumarato mais emtricitabina (TDF/FTC 300mg/200mg, 1 vez ao dia) e um inibidor da integrase,

SUMÁRIO



como raltegravir (400 mg, 2 vezes ao dia). Até recentemente, o dolutegravir (50 mg por dia) era comumente usado como regime de PEP com TDF/FTC (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Zash, Makhema e Shapiro (2018), destacam que dados recentes relacionando seu uso com defeitos do tubo neural levaram a Organização Mundial da Saúde, a Agência Europeia de Medicamentos e a Administração de Alimentos e Medicamentos dos EUA a não recomendar o uso em mulheres em idade fértil que não estão em terapia contraceptiva eficaz. Conseqüentemente, o raltegravir deve ser recomendado na maioria dos casos de PEP em mulheres. Os centros de saúde que atendem pacientes apresentando PEP que não prestam cuidados primários ou crônicos de HIV (por exemplo, atendimento de urgência, prestadores de serviços de saúde de emergência) podem preparar “pacotes iniciais” de PEP com um suprimento de três dias de medicamentos PEP preferidos, para fazer a ponte entre a apresentação de pacientes a prestadores de cuidados de longo prazo.

Por fim, Siedner, Tumarkin e Bogoch (2018), salientam que a apresentação de um paciente para PEP após uma exposição confirmada ou potencial ao HIV é uma oportunidade importante para promoção da saúde e triagem para abuso. Faça um histórico cuidadoso para explorar a possibilidade de agressão sexual, exposição contínua ao risco e/ou uso indevido de álcool ou drogas. Garantir que o paciente tenha acesso aos serviços de saúde primários e serviços sociais, conforme necessário.

METODOLOGIA

O presente estudo é classificado da seguinte forma: quanto ao método é uma pesquisa qualitativa, quanto aos objetivos é uma pesquisa exploratória, quanto aos procedimentos é uma pesquisa bibliográfica e documental (GIL, 2007).

SUMÁRIO



Quanto ao levantamento bibliográfico, realizou-se buscas nas bases de dados do Portal de Periódicos CAPES, dando enfoque a *Web of Science*, onde foram selecionados artigos mais relevantes dos últimos cinco anos que continham em seus títulos as expressões: “*Human Immunodeficiency Virus*”; “*Pre-Exposure Prophylaxis*”; e “*Post-Exposure Prophylaxis*”.

Já em relação ao levantamento documental, obteve-se dados dos usuários da PrEP no estado do Amazonas no portal institucional do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (BRASIL, 2022), os quais foram manipulados e tratados de acordo com o objetivo do estudo e conveniência do pesquisador, selecionando os dados mais acessíveis. Esses dados correspondem ao período de 1º de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2022, sendo justificado esse período pelo fato de serem dados consolidados.

Quanto à amostra, os resultados se baseiam nos seguintes indicadores de monitoramento dos usuários da PrEP no estado do Amazonas, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Indicadores de monitoramento de usuários da PrEP no estado do Amazonas

População (perfil dos usuários em PrEP)	<ul style="list-style-type: none"> • usuários por população; • por raça/cor; • por escolaridade; e • por faixa etária.
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> • adesão ao medicamento; • eventos adversos; • uso do preservativo; e • número de parcerias sexuais.
Descontinuidade	<ul style="list-style-type: none"> • cascata da PrEP; • descontinuidade por população; e • motivos para descontinuidade.

Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

SUMÁRIO



Em relação à amostra, considera-se como “não probabilística”, que segundo Mattar (1996, p. 132) “...é aquela em que a seleção dos elementos da população para compor a amostra depende ao menos em parte do julgamento do pesquisador ou do entrevistador no campo”. Deste modo, a amostra foi “por conveniência”, que segundo Schiffman e Kanuk (2000, p. 27) “o pesquisador seleciona membros da população mais acessíveis, frequentemente utilizadas em pesquisas exploratórias, como uma base para geração de hipóteses e *insights*”.

No que concerne ao processo de análise de dados, avaliou-se por meio da técnica denominada “análise de conteúdo”, que para Bardin (1979, p. 42) “representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens”. Dentre as modalidades deste tipo de análise, optou-se pela “análise temática”, que segundo Minayo (2007, p. 316) “a análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

Por fim, a partir da análise temática as fases deste estudo foram organizadas da seguinte forma (vide Quadro 2), com base nas orientações de Minayo (2007).

Quadro 2 - Fases da análise temática realizadas neste estudo

Pré-análise	<ul style="list-style-type: none"> • organização do que vai ser analisado; • exploração do material por meio de várias leituras; • também é chamada de “leitura flutuante”.
Exploração do material	<ul style="list-style-type: none"> • é o momento em que se codifica o material; • primeiro, faz-se um recorte do texto; • após, escolhem-se regras de contagem; e por último, classificam-se e agregam-se os dados, organizando-os em categorias teóricas ou empíricas.

Tratamento dos resultados

- Nesta fase, trabalha-se os dados brutos, permitindo destaque para as informações obtidas, as quais serão interpretadas à luz do quadro.

Fonte: Minayo (2007), adaptado pelo autor.

A seguir discutir-se-á os resultados obtidos neste estudo com base no objetivo proposto e na metodologia empregada.

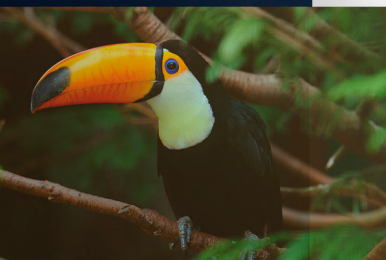
RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir serão discutidos os resultados obtidos no estudo, abordando o perfil dos usuários da PrEP no estado do Amazonas, os indicadores e a descontinuidade do uso da medicação. Os dados referem-se ao período de 1º de janeiro de 2018 a 30 de junho de 2022.

Perfil dos usuários da PrEP no estado do Amazonas

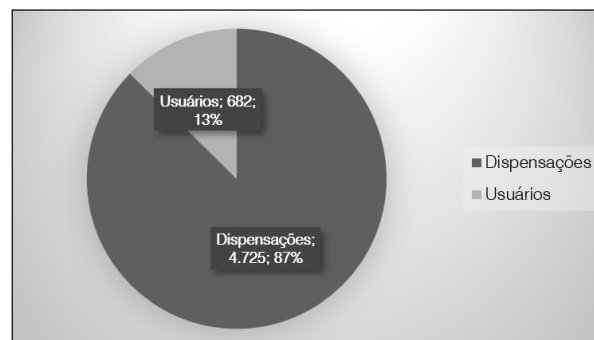
O Gráfico 1 detalha o panorama da PrEP no estado do Amazonas, considerando o período compreendido no estudo, onde 682 (13%) usuários se mantiveram no programa usando a medicação, e 4.725 (87%) descontinuaram o uso por diversos fatores. Para Koppe *et al.* (2021), muitos pacientes com PrEP que descontinuam o tratamento o fazem nos primeiros meses após o início da PrEP. Uma revisão recente em diferentes países e populações, incluindo HSH, mostrou que a retenção média nos cuidados de PrEP foi de 51% após 6 meses e 43% após 12 meses. Os pacientes que descontinuaram os cuidados com a PrEP têm maior probabilidade de serem mais jovens e escolherem predominantemente a PrEP baseada em eventos. As possíveis razões para descontinuar os cuidados com a PrEP são um menor risco percebido para o HIV, medo de efeitos colaterais ou barreiras logísticas e financeiras.

SUMÁRIO



SUMÁRIO

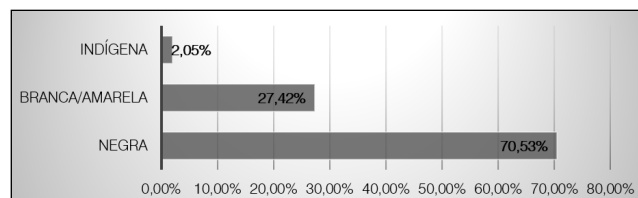
Gráfico 1 - Usuários e total de dispensações da PrEP no estado do Amazonas



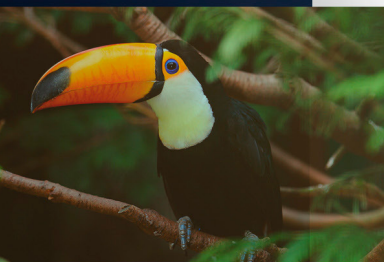
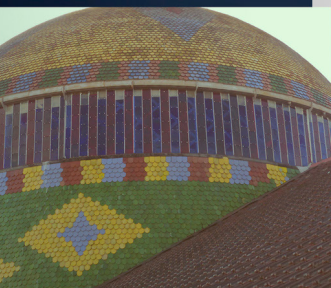
Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

Já o Gráfico 2 detalha os usuários por raça/cor da PrEP no estado do Amazonas, onde é possível perceber a prevalência da população negra com 70,53% (que inclui os pardos), seguida da população branca/amarela com 27,42% e indígena com 2,05%. Um estudo de Brooks *et al.* (2020) mostra que um em cada dois homens negros que fazem sexo com homens (BMSM) será diagnosticado com HIV ao longo da vida, uma taxa oito vezes maior que a dos HSH brancos e duas vezes maior que a dos HSH latinos. Além desse fato, o estudo de Smith, Handel e Grey (2018) mostrou que a captação de PrEP é seis vezes maior entre os brancos em comparação com os negros. Portanto, os negros devem ser considerados o grupo prioritário para o uso da PrEP e de acordo com os dados do estado do Amazonas se corrobora com essa afirmativa.

Gráfico 2 - Usuários por raça/cor da PrEP no estado do Amazonas



Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

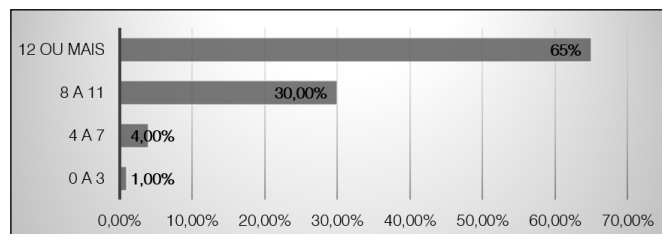


SUMÁRIO



Já o Gráfico 3 detalha a escolaridade dos usuários da PrEP no estado do Amazonas, onde 65% reportaram ter 12 anos ou mais de estudo formal, 30% de 8 a 11 anos, 4% de 4 a 7 anos e 1% de 0 a 3 anos. Esse é um dos pontos que mais chamam atenção dos usuários da PrEP, alto grau de escolaridade, visto que mais de 60% no Amazonas possuem mais de 12 anos de estudo, considerando que são jovens gays de 25 a 35 anos, conforme dados encontrados neste estudo (BRASIL, 2022).

Gráfico 3 - Usuários por escolaridade (em anos) da PrEP no estado do Amazonas



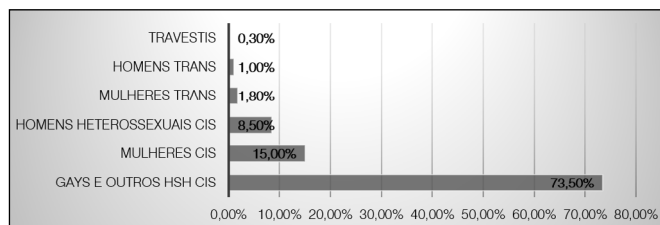
Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

Com relação ao Gráfico 4, é apresentado os percentuais de populações usuárias da PrEP no estado do Amazonas. Percebe-se a prevalência de gays e outros HSH cis com 73,50%, seguido de mulheres CIS com 15%, homens heterossexuais cis com 8,50%, mulheres trans com 1,80%, homens trans com 1% e travestis com 0,3%. Percentuais estes que corroboram com o estudo de Bhatti (2021), que aponta os gays, bissexuais e outros HSH como os maiores usuários, considerando também que esses usuários tendem a ter um maior risco de contrair o HIV.

SUMÁRIO



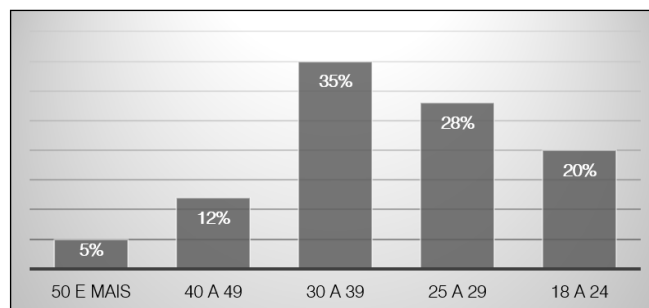
Gráfico 4 - Usuários por população da PrEP no estado do Amazonas



Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

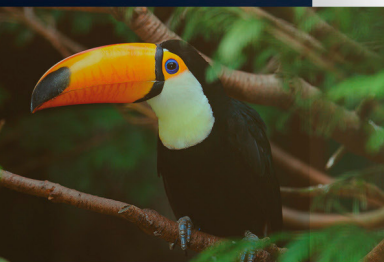
Em relação ao Gráfico 5, é apresentado os usuários por faixa etária da PrEP no estado do Amazonas, sendo evidenciado a prevalência de usuários de 30 a 39 anos (35%), seguido de 25 a 29 anos (28%), 18 a 24 anos (20%), 40 a 49 anos (12%), e, por fim, 50 a mais anos (5%). Salienta-se que o percentual da faixa etária de 30 a 39 anos no Amazonas é próxima ao que ocorre em outras unidades federativas do Brasil que gira em torno de 41% (BRASIL, 2021b).

Gráfico 5 - Usuários por faixa etária da PrEP no estado do Amazonas



Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

SUMÁRIO



Indicadores da PrEP no estado do Amazonas

No estado do Amazonas, têm-se os seguintes indicadores da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) por populações de usuários, conforme detalhamento na Tabela 1.

Tabela 1 - Indicadores de PrEP no estado do Amazonas por populações de usuários

População	(1) Dos usuários que relataram terem tomado TODOS os comprimidos da última dispensação	(2) Dos usuários que relataram trocar sexo por dinheiro, objetos de valor, droga, moradia ou serviços	(3) Dos usuários que relataram terem usado álcool ou outras drogas nos últimos 3 meses	Usuários
Gays e outros HSH cis	88%	5%	62%	495
Homens heterossexuais cis	86%	2%	37%	62
Homens trans	100%	Sem dados	50%	7
Mulheres cis	84%	5%	19%	104
Mulheres trans	100%	25%	50%	12
Travestis	100%	100%	50%	2
Total				682

Fonte: Brasil (2022).

Descontinuidade do uso da PrEP no estado do Amazonas

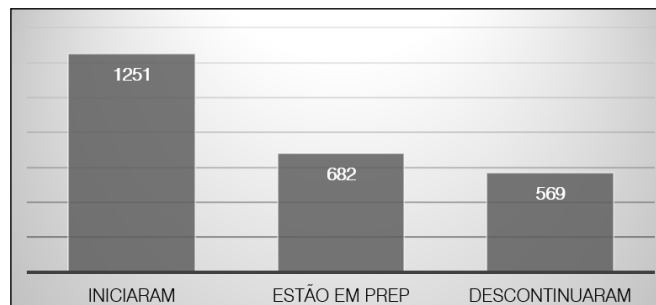
O Gráfico 6 mostra o panorama da PrEP no estado do Amazonas de 2018 até o presente momento, onde 1251 iniciaram a profilaxia, 682 estão em PrEP e 569 descontinuaram o uso da medicação. Contudo, apesar da descontinuidade, ainda se tem uma permanência de mais de 50% dos usuários em PrEP. No Brasil, 45% dos usuários que iniciaram

SUMÁRIO



a PrEP descontinuaram o uso da profilaxia em algum momento. Atualmente, 39.634 (12,76%) estão em PrEP, sendo que de 2018 até junho de 2022, 310.651 (87,24%) usuários descontinuaram com o tratamento, sendo o ano 2021 o maior índice – com 105.825 (34,06%) usuários que deixaram de fazer o uso da medicação, cuja descontinuidade tem relação com os impactos da pandemia do Covid-19, entre eles, a diminuição de atendimentos e disposição do medicamento (BRASIL, 2022).

Gráfico 6 - Status dos usuários da PrEP no estado do Amazonas



Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

Em relação ao Gráfico 7, é mostrado a descontinuidade da PrEP no estado do Amazonas entre as populações, sendo: 42% para gays e outros HSH cis; 51% para mulheres cis; 61% para homens heterossexuais cis (maior prevalência); 45% para mulheres trans; 36% para homens trans; e 33% para travestis. Para Bloch (2020), é raro que a PrEP seja interrompida devido a eventos adversos. Os efeitos adversos iniciais tendem a ser transitórios e incluem eventos gastrointestinais, por exemplo, náusea e diarreia, e eventos do sistema nervoso central, por exemplo, dor de cabeça com duração de uma semana ou um pouco mais.

SUMÁRIO

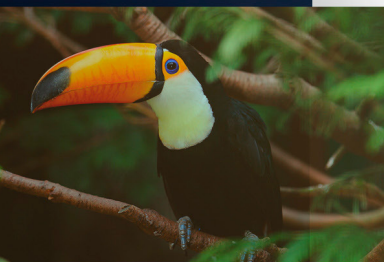
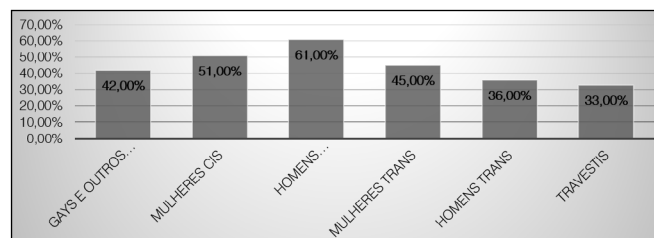


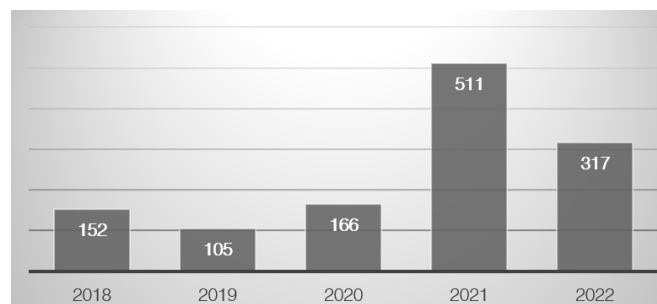
Gráfico 7 - Descontinuidade entre as populações da PrEP no estado do Amazonas



Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

O Gráfico 8 demonstra a adesão de novos usuários da PrEP no estado do Amazonas por ano, sendo: 152 em 2018, 105 em 2019, 166 em 2020, 511 em 2021 e 317 até junho de 2022. Percebe-se um aumento expressivo no ano de 2021, com possibilidade de um público ainda maior até o final do ano de 2022. Salienta-se que a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT)/Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) Manaus é o responsável pela PrEP/PEP no estado, onde é oferecido serviços de orientação e aconselhamento voltados para as ISTs, tais como: hepatites (B e C), sífilis e HIV, além de testes rápidos. Oferece-se também a garantia e o resguardo da confidencialidade, sigilo e respeito às diferenças (BRASIL, 2022).

Gráfico 8 - Novos usuários da PrEP no estado do Amazonas por ano



Fonte: Brasil (2022), adaptado pelo autor.

SUMÁRIO



Por fim, dos 504 serviços no Brasil com pelo menos uma dispensação de PrEP desde janeiro de 2018, 503 realizaram pelo menos uma dispensação nos últimos 12 meses, considerando o lapso temporal de julho de 2021 a junho de 2022 (BRASIL, 2022).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na ausência de uma vacina eficaz, o HIV continua a se espalhar globalmente, enfatizando a necessidade de novas estratégias para limitar sua transmissão. A profilaxia pré-exposição (PrEP) com medicamentos antirretrovirais pode provar ser uma estratégia de intervenção eficaz se forem identificadas modalidades de PrEP altamente eficazes e econômicas. No Brasil, 39.634 são usuários em PrEP, um dado tecnicamente tímido, mas que pode ser considerado como um avanço na prevenção à infecção do HIV.

Importante destacar que o acesso médico não é a única barreira potencial à aceitação da PrEP. Entre os homens que fazem sexo com homens (HSH), a homofobia internalizada está negativamente associada ao acesso aos serviços de prevenção ao HIV, incluindo a PrEP. As prescrições on-line para PrEP podem remover barreiras à aceitação da PrEP relacionadas ao desconforto ou vergonha associados à divulgação de orientação sexual e comportamento sexual a um médico.

Investir em políticas públicas de métodos preventivos ao HIV, como o PrEP, trará ganhos econômicos e qualidade de vida para as populações. Pesquisas futuras devem identificar quais componentes dos programas de apoio à PrEP têm mais sucesso e como melhor promover a PrEP entre os grupos mais impactados pela epidemia. Os estados devem apoiar implementando políticas que facilitem o acesso.

SUMÁRIO



No Brasil, um dos grandes problemas é a ampliação da oferta da Profilaxia Pré-Exposição as populações com maior risco de infecção pelo HIV, tais como, gays e HSH negros e de baixa escolaridade, profissionais do sexo e pessoas trans. Deste modo, tem-se a necessidade de fortalecer as ações de acesso a essas informações de prevenção por meio da PrEP.

Importante enfatizar que a PrEP é um modo de vida que deve ser considerado em conjunto com a prevenção integral que inclui também o combate à discriminação e a garantia do acesso à saúde e à cidadania para essas populações. Além disso, ajuda a colocar outras DSTs em evidência quanto à prevenção.

Portanto, este estudo buscou demonstrar o panorama do Amazonas quanto à adesão desse novo método, sendo uma realidade relativamente nova no estado no combate ao HIV, que deverá ser utilizada com outros métodos preventivos. O estado poderá promover e intensificar as políticas de enfrentamento e aconselhamento, considerando que a capital amazonense, Manaus, é a quarta do Brasil com maior taxa de pessoas com HIV/AIDS.

Por fim, a conscientização sobre a PrEP entre os grupos de risco está crescendo e a disponibilidade do tratamento está se tornando mais difundida, portanto, os médicos clínicos gerais, assim como aqueles que trabalham em serviços de saúde sexual, precisam estar cientes das indicações, eficácia, uso e danos potenciais da PrEP.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1979.

BHATTI, O. *et al.* Prescrição de profilaxia pré-exposição na clínica geral. **AJGP**, Volume 50, Issue 7, July 2021. doi: 10.31128/AJGP-02-21-5829.

SUMÁRIO



BLOCH, M. Prescrever profilaxia pré-exposição para HIV. **Aust. Prescr.** 2020;43:200-3. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2020.057>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **HIV.** 2022. Disponível em: <https://bit.ly/3yY8hLr>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Se eu tomar a PrEP posso parar de usar preservativos quando tiver relações sexuais?** 2021a. Disponível em: <https://bit.ly/3v5QGjs>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de Monitoramento de Profilaxias do HIV PrEP e PEP 2020.** 2021b. Disponível em: <https://bit.ly/3v5cH1Z>. Acesso em: 15 jul. 2022.

BROOKS, H. *et al.* Divulgação da orientação sexual na atenção à saúde: uma revisão sistemática. **Br J Gen Pract.** 2018 doi: 10.3399/bjgp18X694841.

BROOKS, R. A. *et al.* Experiências de Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) – estigma relacionado entre usuários negros de PrEP HSH em Los Angeles. **J Urban Health** 97, 679–691 (2020). <https://doi-org.ez3.periodicos.capes.gov.br/10.1007/s11524-019-00371-3>.

CAMBIANO, V.; RODGER, A. J.; PHILLIPS, A. N. 2011. 'Testar e tratar': o fim da epidemia de HIV? **Curr Opin Infect Dis** 24:19–26. <https://doi.org/10.1097/QCO.0b013e3283422c8c>.

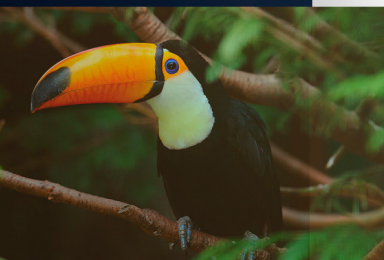
CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. **MMWR Recomm Rep.** 1992 Dec 18;41(RR-17):1-19. PMID: 1361652.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION – CDC. **Sobre HIV/AIDS.** CDC, Atlanta, GA, 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3yWpuoE>. Acesso em: 15 jul. 2022.

CHOOPANYA, K. *et al.* Profilaxia antirretroviral para infecção por HIV em usuários de drogas injetáveis em Bangkok, Tailândia (o Bangkok Tenofovir Study): um estudo de fase 3 randomizado, duplo-cego e controlado por placebo. **Lancet**, 381 (9883) (2013), pp. 2083-2090.

CONNOR, E. M. *et al.* Redução da transmissão materno-infantil do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 com tratamento com zidovudina. **Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group N Engl J Med**, 331 (18) (1994), pp. 1173-1180.

SUMÁRIO



FINLAYSON, T. *et al.* Mudanças na conscientização e uso da profilaxia pré-exposição ao HIV entre homens que fazem sexo com homens – 20 áreas urbanas, 2014 e 2017. **Morbidity and Mortality Weekly Report** 2019; 68:597-603. Crossref, Medline.

GARCÍA-LERMA, J. G. *et al.* Prevenção da transmissão retal de SHIV em macacos por profilaxia diária ou intermitente com emtricitabina e tenofovir. **PLoS Med**, 5 (2) (2008), p. 28.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GRANT, R. M. *et al.* Quimioprofilaxia pré-exposição para prevenção do HIV em homens que fazem sexo com homens. **N Engl J Med**, 363 (27) (2010), pp. 2587-2599.

KOPPE, U. *et al.* Barreiras ao uso da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) e comportamento sexual após a interrupção da PrEP: um estudo transversal na Alemanha. **BMC Public Health** 2021;21:159. Crossref, Medline.

MATTAR, F. **Pesquisa de marketing**. Ed. Atlas. 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

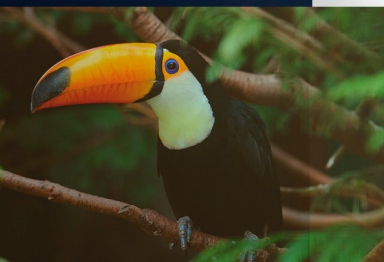
MOLINA, J-M. *et al.* Eficácia, segurança e efeito sobre o comportamento sexual da profilaxia pré-exposição sob demanda para HIV em homens que fazem sexo com homens: um estudo de coorte observacional. **Lancet HIV**, 4 (9) (2017), pp. e402-e410.

PARSONS, J. T. *et al.* Absorção da profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP) em uma coorte nacional de homens gays e bissexuais nos Estados Unidos. **J Acquir Immune Defic Syndr**. 2017 Mar 1;74(3):285-292. doi: 10.1097/QAI.0000000000001251. PMID: 28187084; PMCID: PMC5315535.

RENDINA, H. J. *et al.* Estendendo o modelo de estresse minoritário para incorporar experiências de homens gays e bissexuais HIV positivos: um exame longitudinal de saúde mental e comportamento sexual de risco. **Ann Behav Med**. 2017; 51 (2):147–158.

REYNIERS, T. *et al.* Contatos sexuais reduzidos com parceiros não estáveis e menos uso de PrEP entre HSH na Bélgica durante as primeiras semanas do bloqueio do COVID-19: resultados de uma pesquisa online. **Sex Transm Infect** 2021;97:414–419. Crossref, Medline.

SUMÁRIO



RODGER, A. J. *et al.* Atividade sexual sem preservativo e risco de transmissão do HIV em casais sorodiferentes quando o parceiro HIV positivo está usando terapia antirretroviral supressiva. **JAMA**. 2016;316(2):171–181. doi:10.1001/jama.2016.5148.

SCHACKER, T. *et al.* 1996. Clinical and epidemiologic features of primary HIV infection. **Ann Intern Med** 125: 257–264.

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do consumidor**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora LTC, 2000. 476 p. ISBN: 8521612206.

SIEDNER, M.; TUMARKIN, E.; BOGOCH, I. Profilaxia pós-exposição ao HIV (PEP). **BMJ** 2018;363:k4928.

SMITH, D. K. *et.* Atualização da Orientação Provisória para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) para a Prevenção da Infecção por HIV: PrEP para Usuários de Drogas Injetáveis. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**, 62 (23) (2013), pp. 463-465.

SMITH, D. K.; HANDEL, M. V.; GREY, J. Estimativas de adultos com indicações para profilaxia pré-exposição ao HIV por jurisdição, grupo de risco de transmissão e raça/etnia, Estados Unidos, 2015. **Annals of Epidemiology**, v. 28, Issue 12, 2018, Pages 850-857.e9, ISSN 1047-2797, <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2018.05.003>.

SULLIVAN, P. S. *et al.* Sucessos e desafios da prevenção do HIV em homens que fazem sexo com homens. **Lanceta**. 2012; 380 (9839): 388-399.

STRAUBINGER, T.; KAY, K.; BIES, R. Modelagem da Profilaxia Pré-Exposição ao HIV. **Front. Pharmacol.**, 31 January 2020 Sec. Translational Pharmacology <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.01514>.

TAEGE, A. J. Transplante de Órgãos do Vírus da Imunodeficiência Humana. **Infectious Disease Clinics of North America**, volume 32, Issue 3, September 2018, Pages 615-634. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.04.013>.

TAN, D. H. S. *et al.* Diretriz canadense sobre profilaxia pré-exposição ao HIV e profilaxia pós-exposição não ocupacional. **CMAJ** 2017; 189: E 1448-58. doi: 10.1503/cmaj.170494 pmid: 29180384.

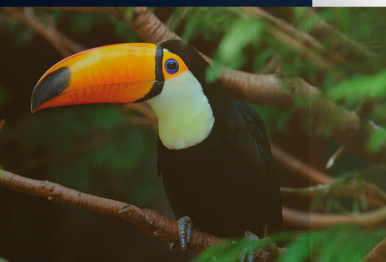
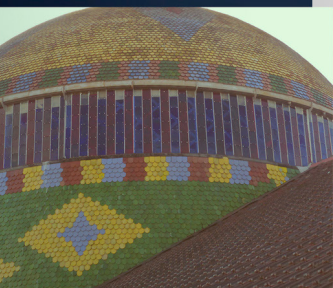
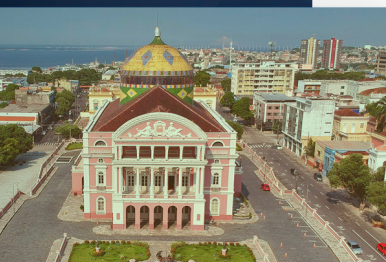
UNAIDS. **Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS**. UNAIDS DATA 2019. Geneva (Switzerland). 2019.

UNAIDS. **Ficha informativa - UNAIDS**. UNAIDS DATA 2021. Geneva (Switzerland). 2021. Disponível em: <https://bit.ly/2xN4hOv>. Acesso em: 15 jul. 2022.

SUMÁRIO

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). Diretrizes sobre profilaxia pós-exposição para HIV e uso de profilaxia com cotrimoxazol para infecções relacionadas ao HIV em adultos, adolescentes e crianças: recomendações para uma abordagem de saúde pública: suplemento de dezembro de 2014 às diretrizes consolidadas de 2013 sobre o uso de medicamentos antirretrovirais para tratamento e prevenção da infecção pelo HIV. **World Health Organization**. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/145719>.

ZASH, R.; MAKHEMA, M. B.; SHAPIRO, R. L. Defeitos do tubo neural com tratamento com dolutegravir desde o momento da concepção. **N Engl J Med**. 2018; 379(10): 979-981. doi: 10.1056/NEJMc1807653.



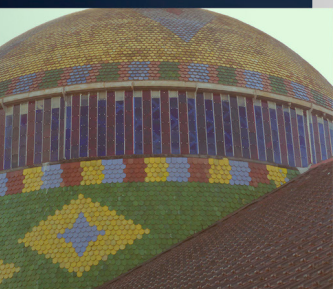
9

Rigson Pablo Ferreira Carvalho

Daniel Cerdeira de Souza

**OS SIGNIFICADOS DA SOROPOSITIVIDADE
PARA UM GRUPO DE MULHERES
HETEROSSEXUAIS CISCÊNERAS QUE VIVEM
COM HIV EM MANACAPURU**

SUMÁRIO

**Resumo:**

O vírus HIV ataca e destrói as células de defesa do corpo e com o passar do tempo, observamos a feminização da epidemia. Desta forma, o objetivo deste estudo foi compreender os significados da soropositividade para mulheres heterossexuais cisgêneras que vivem com HIV no município de Manacapuru/Amazonas. Metodologicamente, o estudo é qualitativo, onde cinco mulheres que vivem com HIV atendidas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento de Manacapuru foram submetidas a uma entrevista semi-estruturada individual e os relatos foram analisados pela análise de conteúdo. Os achados da pesquisa foram divididos por categorias de significados: 1) A descoberta da infecção; 2) Dificuldade de lidar com o diagnóstico; 3) Desafios de enfrentamento e 4) Apoio no enfrentamento. Foi possível observar que as participantes sofrem os estigmas sociais, o medo do abandono, a dificuldade de falar para o parceiro ou para a família e que encontra no serviço de saúde o apoio necessário para lidar com sua condição. Concluímos que o HIV ainda traz um espectro negativo arraigado, mas o apoio institucional e profissional se manifesta de forma positiva para que essas mulheres tenham a segurança e confiança para lidar com sua condição.

Palavras-chave: Mulheres que vivem com HIV; Significados; Soropositividade.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

O vírus HIV ataca e destrói as células de defesa do corpo humano e é transmitido por meio de relações sexuais desprotegidas, pelo compartilhamento de objetos perfurocortantes contaminados ou transmitido de maneira vertical, ou seja, de mãe que vive com o vírus e não está em tratamento, para o filho durante a gestação, pelo parto ou amamentação (BRASIL, 2017a). Considerando essa definição, o objetivo deste estudo foi. Significados são os conceitos sociais construídos na relação que o sujeito mantém com o meio em que está inserido, sendo compartilhados por um grupo, funcionando como uma perspectiva coletiva (BOCK, GONÇALVES, 2009).

Torna-se relevante conhecer alguns conceitos que os posicionam em relação ao que seria a cisgenderidade feminina. Segundo Butler (2003), o feminino não é mais considerado como uma noção 'estável', desta forma, o gênero não deve ser meramente concebido como a inscrição cultural de significado num sexo previamente dado, ele também designa o aparato de produção mediante o qual os próprios sexos são estabelecidos.

O gênero produz a falsa noção de estabilidade no qual a matriz heterossexual está amparada e essa manutenção se dá pela através da performatividade, ou seja, pela repetição de atos, gestos e signos, do âmbito cultural, que reforçariam a construção dos corpos masculinos e femininos de forma binária como nós os vemos atualmente, dessa forma, para Butler, gênero é a repetição intencional que produz significados (BUTLER, 2003).

Avançando na discussão, Alves (2017) explica a identidade de gênero como sendo o modo de expressão generificado do sujeito, envolvendo uma percepção e expressão de si enquanto sujeito e distingue pessoas cisgênero de transgênero. Pessoas cisgêneras seriam

SUMÁRIO



aquelas que se identificam com o gênero que lhe foi atribuído ao nascer, enquanto pessoas trans rompem com essa perspectiva, construindo novas formas de identidade e expressão de gênero.

Quanto a heterossexualidade, Foucault (1988) explica que na sociedade ocidental foram estipulados uma série de discursos sobre o sexo, que servem para uma regulação da sexualidade por meio de “verdades” historicamente instituídas. Dessa forma, Wittig (2006) pontua que o termo “heterossexualidade” só surgiu quando o “sujeito homossexual” foi definido, como o seu contraponto, ou seja, a heterossexualidade, até então, era tão naturalizada que nem mesmo precisava ser definida. Do mesmo modo, a heteronormatividade é uma padronização de sexualidade e regula o modo como a sociedade contemporânea está organizada, segundo um padrão heterossexual, prescrevendo como os sujeitos devem viver seus desejos e expressar suas sexualidades, e além de tudo, como devem regular seus corpos (REIS, TEIXEIRA, MENDES, 2017).

Galvão e Paiva (2011) apontam que em nenhum outro país a feminização da epidemia de HIV ocorreu de forma tão marcante quanto no Brasil, e se associa à vulnerabilidade da mulher, pelas suas características sociais, demográficas e culturais que favorecem a aquisição do HIV. Desta forma, é importante avaliarmos a experiência de mulheres que vivem com HIV e segundo Zepeda *et al.* (2022) diante da representação sociocultural estigmatizante do HIV, o processo de conviver com este vírus geralmente é acompanhado de sofrimento psíquico. Assim, torna-se importante compreender como os indivíduos constroem significados sobre a soropositividade, uma vez que apontam para o endereçamento de ações-interações para enfrentar ou superar as adversidades, como as desencadeadas pelo estigma social e preconceito, que estão diretamente relacionadas ao melhor ou pior controle do estado de saúde, bem como da própria epidemia (STOCKTON *et. al.*, 2020; BLUMER, 1969).

SUMÁRIO

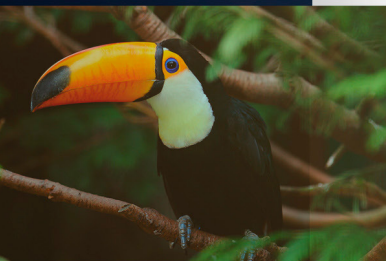


Costa *et al.* (2014) nos dizem que o diagnóstico do HIV pode representar um evento catastrófico, por estar associado a uma evolução clínica de rápida deterioração, além da carga estigmatizante do vírus, assim, as pessoas que vivem com HIV (PVHIV) podem ocultar o seu diagnóstico devido ao medo de serem vítimas do preconceito da sociedade. Embora os avanços da medicina sobre o vírus do HIV tenham suscitado um sinal de esperança com o advento dos medicamentos antirretrovirais, onde se minimiza a carga viral e dá ao paciente uma segurança contra doenças oportunistas, sabe-se que a necessidade de saúde decorrente da infecção por HIV demanda um atendimento ambulatorial permanente para realizar o acompanhamento imunológico, clínico e farmacológico das PVHIV. Essa modalidade assistencial contribuiu para modificar o padrão da doença, minimizando as internações hospitalares e trazendo resultados significativos para o tratamento dos pacientes (BRASIL, 2017b).

Mesmo ainda não havendo cura para a infecção pelo HIV, há tratamento com o uso dos medicamentos antirretrovirais, que são disponibilizados gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a PVHIV pode levar uma vida com qualidade e nos últimos anos, alguns municípios brasileiros conseguiram melhorar a atenção às PVHIV a partir da implantação de um novo modelo de atenção em que as ações são estruturadas de acordo com a realidade local, passando a envolver diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2017b).

Ainda assim, a adesão ao tratamento continua sendo um desafio. Segundo o Manual de Cuidado integral às PVHIV (BRASIL, 2017a), alguns fatores desencadeiam a baixa adesão, abandono do tratamento ou a ausência de busca pelo serviço de saúde, como: precariedade ou ausência de suporte social; não aceitação da soropositividade; presença de transtornos mentais como os relacionados a ansiedade e depressão; efeitos colaterais dos medicamentos; relação insatisfatória da pessoa com o profissional de saúde e serviços prestados; informações

SUMÁRIO



inadequadas referentes ao tratamento e à doença; a dificuldade de adequação à rotina diária do tratamento; o abuso de álcool e outras drogas; dificuldade de transporte do usuário; dificuldade de acesso ao serviço e aos medicamentos; preconceito e discriminação e a exclusão social.

No caso das mulheres que vivem com HIV, estas muitas vezes sofrem preconceitos e rejeições em suas famílias e grupos sociais, além de constrangimentos nos serviços de saúde e desrespeito aos seus direitos. Muitas se isolam, já que há dificuldades, como o compartilhamento do estado sorológico com outras pessoas e o temor de serem rejeitadas nos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais. Todas essas situações podem levar essas mulheres a um estado de sofrimento psíquico, que em muitos casos, necessita de atendimento por profissionais especializados em saúde mental, como psicólogos e psiquiatras (BRASIL, 2017a).

A justificativa da pesquisa envolve o contexto de ser uma mulher que vive com HIV. Hoje no Brasil é relatado uma crescente de notificações de novos casos de HIV entre mulheres, inclusive entre gestantes (BRASIL, 2015), mas ainda assim, mulheres não são prioridade no cenário da epidemia brasileira e isso faz com que as ações voltadas para este grupo populacional se mantenham restritas à identificação de gestantes com HIV visando à prevenção da transmissão para a criança, o que limita o acesso de mulheres não grávidas ao diagnóstico e ao início oportuno do tratamento. As mulheres são notificadas caso estejam gestantes, dessa forma, a mulher por si só não se constitui como pessoa autônoma, dotada de direitos e em pleno exercício de sua sexualidade (VILLELA, BARBOSA, 2017).

A descoberta da soropositividade impõe à mulher uma transformação da consciência sobre si mesma e sobre sua vida. As expectativas e angústias apresentadas no diagnóstico podem transformar-se em função das vivências e na medida em que se adquire melhor compreensão sobre a doença (GUILHEM, AZEVEDO, 2008). Em um

SUMÁRIO



contexto de vida marcado por desigualdades de gênero, a descoberta da soropositividade pode se mostrar ser um momento crítico, marcado por angústia e medo, não apenas pela insegurança de ter uma condição crônica, mas também pelo medo do abandono e da rejeição. Isso pode levar à necessidade de ocultação do diagnóstico para a preservação da sua identidade pessoal e para a manutenção das relações no meio familiar ou social (SADALA, MARQUES, 2006).

Além do mais, mulheres que vivem com HIV podem sofrer em função do estigma institucional e pela falta de um espaço para a colocação de suas dificuldades além da doença em si. A estigmatização é uma barreira em uma situação incapaz de responder efetivamente às complexas necessidades de saúde dessas mulheres (RENESTO et. al., 2014). O estigma relacionado ao HIV/AIDS é um dos grandes obstáculos para a prevenção do HIV entre as mulheres. Assim, enfrentá-lo continua sendo uma prioridade (VILLELA, BARBOSA, 2017).

Dados oficiais do Ministério da Saúde apontam a incidência de HIV nesse público, e isso auxilia na justificativa desta pesquisa. Apresentamos os dados de 2015 a 2021 onde no ano de 2015, o Brasil tinha dados notificados de 217.863 casos de mulheres vivendo com HIV de casos vinculados ao serviço. Já em 2021, o país contava com o número de 270.789 casos, correspondente a um aumento percentual de 24,3% ao longo de 7 anos (BRASIL, 2021a).

Da mesma forma, o Estado do Amazonas apresentou uma crescente também nos números de casos vinculados ao serviço, seguindo a mesma metodologia do nível nacional. Em 2015, os casos notificados vinculados ao serviço eram de 3.955 mulheres vivendo com HIV, conforme a tabela abaixo. No ano de 2021, os casos já chegaram a 5.756, o que corresponde a um aumento percentual de 45,6% (BRASIL, 2021b).

No âmbito municipal, mais precisamente no Município de Manacapuru, 19 novos casos foram notificados, pois em 2015, o serviço

SUMÁRIO



de saúde acompanhava 50 casos de mulheres vivendo com HIV, mas em 2021, já chegava no número de 69 casos, que corresponde a um aumento percentual de 39,2% (BRASIL, 2021c). No caso das mulheres que vivem com HIV, o encontro entre as desigualdades de gênero e o estigma do vírus, além de outras questões como raça, classe, etnia e afins, tornam a abordagem das trajetórias especialmente complexa e necessária, em particular no que se refere às questões sexuais e reprodutivas, dada a densa gama de significados culturais que envolvem seu exercício e a relativa menor autonomia das mulheres nesta área (FETTEROLF, SÁNCHEZ, 2015).

METODOLOGIA

A pesquisa é qualitativa, de cunho exploratório. A pesquisa qualitativa visa compreender um contexto que não pode ser quantificado, trabalhando com dados subjetivos, dando prioridade à relação entre o pesquisador e o participante para a produção dos dados. O caráter exploratório da pesquisa se dá pelo objetivo de conhecer a variável de estudo tal como este se apresenta, seu significado e o contexto em que ele se insere (PIOVESAN *et al*, 1995). Foram seguidos todos os procedimentos relacionados à ética, estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o parecer nº 5.528.879 e código CAEE 59960722.00000.5020.

O local de pesquisa foi a cidade de Manacapuru, região metropolitana de Manaus, distante 84 km da capital, que possui, segundo o Censo 2021 do IBGE (2020), 99.613 habitantes. O lócus da pesquisa foi o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) que atende casos de HIV/AIDS, Sífilis, Hepatites Virais e outras IST's, e que segundo os

SUMÁRIO



Indicadores e Dados Básicos de Monitoramento Clínico em HIV do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis do Ministério da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021), possui 174 pacientes vinculados ao serviço, sendo 69 do sexo feminino. O local foi acessado via Termo de Anuência concedido pela coordenadora municipal de IST'S/HIV/AIDS de Manacapuru.

Para construir os dados, foi utilizada a entrevista semiestruturada que segundo Fraser e Gondim (2004) consiste em um encontro para a discussão de um tópico. A entrevista semiestruturada não tem pontos fixos, antes, segue um roteiro flexível, que permite ao pesquisador uma maior interação com o sujeito da pesquisa, para que juntos, se construam dados relevantes que apontem para o objetivo da pesquisa. Para a realização das entrevistas, todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e as entrevistas seguiram um roteiro pré-estabelecido e tiveram duração aproximada de 50 minutos e foram gravadas para posterior transcrição e análise.

Foram entrevistadas cinco mulheres que vivem com HIV e a coleta foi encerrada mediante o critério de saturação dos dados. Segundo Minayo (2017), a saturação refere-se a um momento no trabalho de campo em que a coleta de novos dados não traria mais esclarecimentos para o objeto estudado, ou seja, quando os objetivos da pesquisa forem atingidos ou as falas dos participantes começarem a se repetir, a coleta de dados é encerrada. Como critérios de inclusão, adotamos: ser mulher heterossexual cisgênera que vive com HIV, com idade a partir de 18 anos, paciente do serviço do CTA de Manacapuru. Excluímos mulheres que tivessem algum transtorno neurológico que impedia sua comunicação e mulheres que desistissem da pesquisa a qualquer momento.

Para analisar os dados foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Esse procedimento organiza-se em três fases, segundo Bardin (2011): I) Pré-Análise: É a organização de todos os materiais utilizados na coleta dos dados (correspondente à organização e leitura

SUMÁRIO



dos artigos no protocolo). II) Exploração do Material: que consiste nas operações de codificação em função das regras que já foram previamente formuladas (após a leitura no protocolo, criou-se as categorias). III) Tratamento dos resultados: É a fase de análise propriamente dita, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos (discussão dos dados).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Entre as 5 mulheres que vivem com HIV, as idades variam de 19 a 41 anos. Quanto à situação conjugal, 1 é casada, 3 são separadas/divorciadas e 1 é solteira. Apenas 1 não tem filhos. Quanto à descoberta da soropositividade ao HIV, 1 soube do diagnóstico após episódio de doença, 1 descobriu-se HIV positivo após adoecimento do parceiro e 3 tiveram teste anti-HIV positivo durante o pré-natal. Para compreendermos a dinâmica dos achados da pesquisa, apresentaremos 4 categorias, cada uma com sua temática.

A descoberta da infecção

Hoje no Brasil é relatada uma tendência crescente de notificações de novos casos de HIV entre mulheres, inclusive entre gestantes (BRASIL, 2015), mas ainda assim, mulheres não são prioridade no cenário da epidemia brasileira e isso faz com que as ações voltadas para este grupo populacional se mantenham restritas à identificação de gestantes com HIV visando à prevenção da transmissão para a criança, o que limita o acesso de mulheres não grávidas ao diagnóstico e ao início oportuno do tratamento. As mulheres são notificadas caso

SUMÁRIO



estejam gestantes, dessa forma, mulheres apresentam diversas vulnerabilidades no exercício pleno de seus direitos, incluindo o exercício de sua sexualidade (VILLELA, BARBOSA, 2017).

O relato apresentado abaixo caracteriza a descoberta do diagnóstico após o diagnóstico do parceiro:

E1: então, é... minha soroconversão eu descobri quando meu namorado foi detectado com o vírus do HIV, então fui fazer o meu e o resultado também deu positivo.

Muitas mulheres, como apontam os estudos (CECHIM, SELLI, 2006; GALVÃO, CUNHA, MACHADO, 2010; RENESTO *et al.*, 2014) geralmente passam a apresentar a condição sorológica positiva para o HIV em decorrência da infecção pelo parceiro. Carvalho e Galvão (2008) apontam que após fato de saber ser portadora do HIV, pode ocorrer uma diversidade de sentimentos angustiantes, como o medo, a vergonha, a ansiedade e a depressão e ainda associados a todos esses sentimentos, vivenciam o estigma, o preconceito, o isolamento e muitas vezes o abandono.

O segundo relato apresentado mostra o fator infidelidade como causa de infecção:

E2: eu tenho 34 anos agora, eu casei pela primeira vez aos meus 25 anos, ainda virgem, fizemos exames iniciais pra doenças sexualmente transmissíveis e nossos resultados deram negativos... nós não usávamos preservativos, nós usávamos outro método anticoncepcional e... no quarto ano do meu relacionamento eu descobri a infidelidade do meu antigo esposo... esse foi o momento que eu acredito eu fui contaminada, tentamos retomar o nosso casamento, por 1 ano seguindo, mas nós não conseguimos... depois de 6 meses do término do meu relacionamento eu conheci uma outra pessoa, no momento era apenas o meu namorado, hoje em dia é meu atual marido, eu engravidei e quando estava com 8 semanas eu tive um aborto espontâneo e no momento do atendimento na maternidade eu fiz os exames de protocolo e eu tive meu diagnóstico da sorologia positiva para HIV.

SUMÁRIO

De acordo com (CECHIM, SELLI, 2006), o fator infidelidade aliado à infecção pelo HIV tem consequência devastadora para a mulher, por conta dos sentimentos de traição da confiança, aliado a aquisição de uma condição permanente. É uma forma de dupla vitimização, por um lado pela infidelidade e por outro pela infecção pelo HIV.

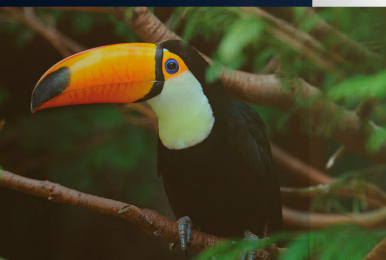
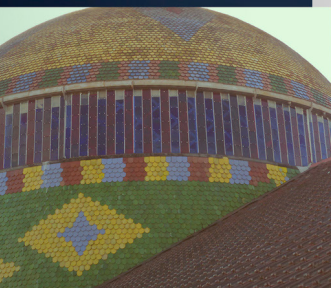
Dificuldade de lidar com o diagnóstico

O relato abaixo mostra a fragilidade da participante ao receber a notícia da perda do seu bebê, do diagnóstico recente do HIV positivo e da realidade em ter que relatar para o parceiro:

E2: a minha reação ao diagnóstico naquele momento foi totalmente negativa, eu tinha acabado de perder meu bebê que eu queria tanto, eu tinha recebido o meu diagnóstico devastador, eu tava no início de um relacionamento, de uma pessoa que eu gostava e eu não queria contar pra ele a respeito disso e tava me sentindo culpada por achar que eu teria contaminado ele, então eu tive um momento de negação, eu rasguei todos os meus documentos, todos os resultados dos meus exames, tudo o que comprovava que eu tinha esse vírus e me livrei de tudo e segui minha vida como se nada tivesse acontecido... eu não lidei muito bem com o meu diagnóstico.

A fala corrobora com o que Costa *et al.* (2014) diz, em relação ao diagnóstico do HIV ser um evento catastrófico. Revelar o diagnóstico implica em submeter-se a vivências de polaridades divergentes, ou seja: solidariedade, apoio, compreensão, atribuição de críticas negativas, estigmas, discriminação social e rompimentos de relacionamentos (FIUZA, 2012).

O preconceito sustenta a lógica do segredo do diagnóstico (SOUZA, 2022). Dito isto, parece ser aceitável para a mulher manter o silêncio, mas o grande desafio é conviver com o segredo ela mesma se impõe, supondo ser este o caminho para manter um convívio social, pois as vivências traumáticas de estigmas são um grande desafio a ser superado.



SUMÁRIO



Além do preconceito, medo e estigmas trazidos pelo HIV, há uma dificuldade no compartilhamento do diagnóstico para a família, mesmo a família sendo o núcleo de interações, vivências e ajuda mútua, como mostra o relato a seguir.

E1: em primeiro momento é bem difícil, porque você não se vê com uma doença dessas, mas o mais difícil é você falar pra sua família, porque pra mim o mais difícil foi contar pra minha família.

A família configura-se como uma instituição essencial ao ser humano, pois é por intermédio dela que passa a existir como pessoa, tendo a possibilidade de desenvolver suas potencialidades e capacidades, bem como de reconhecer suas necessidades e limitações. O núcleo familiar é responsável pelo acolhimento, reconhecimento, proteção e cuidado do ser humano, principalmente nos primeiros anos de vida em que se revela frágil e vulnerável aos fenômenos que acontecem nas esferas biológica, psicológica, educacional, social e histórica (SCHAURICH e FREITAS, 2011).

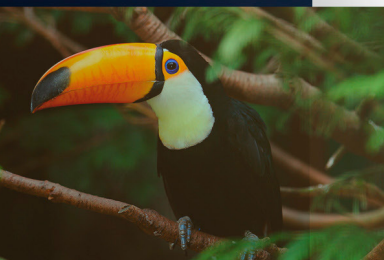
Padoin (2006) considera que as famílias podem ser consideradas ambientes de suporte, fontes de carinho, responsabilidade, disponibilidade, felicidade, respeitando-se as potencialidades e as limitações em ajudar, inerentes a cada uma delas. Percebe-se, assim, a importância de o cuidado em saúde ser desenvolvido não só ao indivíduo que vive com HIV, mas também a sua família, principalmente, por dois motivos: primeiro pelo fato de que será a família, no seu cotidiano, a responsável, na maioria das vezes, pelo auxílio, suporte e cuidados ao membro que está infectado/adoentado, e, segundo, porque a família precisará de auxílio e suporte e, para tanto, é imprescindível conhecê-la em sua estrutura, seus recursos e suas necessidades (SCHAURICH, FREITAS, 2011).

SUMÁRIO

Desafios de enfrentamento

Mulheres que vivem com HIV podem sofrer em função do estigma institucional e pela falta de um espaço para a colocação de suas dificuldades além da doença em si. Os desafios vivenciados pelas mulheres que vivem com HIV são apresentados pelo relato a seguir como sendo o medo de falar para o parceiro, falta de suporte e apoio, da incapacidade de poder se tornar mãe e do estigma da sociedade, que traz o significado de impotência, exclusão e culpa, pois impacto do vírus HIV é maior nas mulheres, pois os estereótipos relacionados a ele têm reforçado a ideia de que as mulheres são as culpadas pelo avanço da epidemia, assim como as cargas sociais são mais pesadas para as mulheres do que para os homens (CAMPOS, 1998).

E2: Os desafios para uma mulher que convive com o HIV são muitos, infelizmente são inúmeros, pelo menos pra mim o primeiro de muitos foi como contar pro meu parceiro, pro meu marido, como contar isso pra ele e pensar: será que ele vai me apoiar? Será que ele vai me abandonar? Será que vai mudar o nosso relacionamento? Eu ainda não era mãe, então pensei: será que vou poder gestar? Será que eu vou poder amamentar? Será que vou conseguir levar uma gravidez adiante? Esse era o meu principal medo. Depois em relação à sociedade, nós sabemos que o estigma é real, ele existe, ele é uma realidade e... é muito grande né? Ele é muito presente, ele é muito forte, então tem o estigma da sociedade em relação ao HIV. Em relação à saúde, graças a Deus nós temos medicação gratuita pelo SUS, nós temos atendimento, nós temos tratamento e isso é muito mais fácil hoje em dia, nós temos esclarecimentos, nós temos informação, nós temos apoio psicológico, social, médico, nós temos bastante atendimento em relação a isso. Em relação afetiva e sexual, o desafio é de todos os dias, porque nós precisamos nos cuidar mais, nós precisamos ter responsabilidade em relação a isso, em relação ao nosso corpo, em relação ao nosso tratamento, em relação à outra pessoa, então os desafios eles são diários, eles são muitos desafios e se há o estigma em relação à doença, eu creio que pra mulher os estigma ainda é



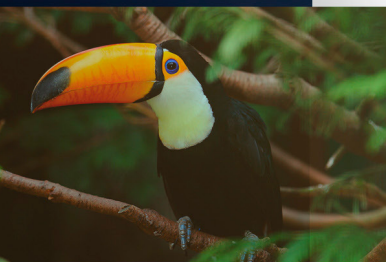
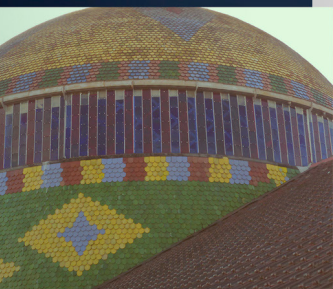
SUMÁRIO

mais forte por que a mulher é sempre vista como a culpada, as que sempre contaminou o parceiro, a que foi a promíscua, a que tinha a responsabilidade de se prevenir e não se preveniu, então o estigma gira em torno disso e pesa com certeza muito mais sobre a mulher.

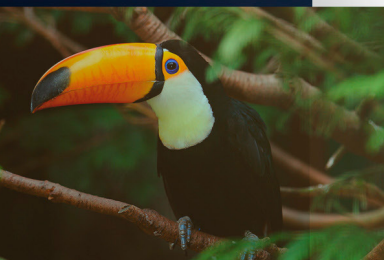
A maioria das mulheres enfrenta dificuldades na revelação do HIV e prefere ocultar a doença para não sofrer preconceitos e discriminações, sendo culpabilizadas inclusive pelos homens que as contaminaram. Mesmo quando o vírus foi transmitido pelo parceiro, recai sob a mulher a culpa e a responsabilidade, pois a relação conjugal é instituída pela desigualdade de gênero. O diagnóstico do HIV para algumas mulheres é uma declaração de morte; para outras, “nem mais importa” (CECCON, MENEGHEL, 2017).

O diagnóstico da doença afeta as perspectivas de vida que foram construídas pelas mulheres, pois o que prevalece é a ideia de finitude rápida e o medo da morte. Além do mais, o diagnóstico positivo provoca intenso temor, angústia e sofrimento, porque a doença agudiza fragilidades nas questões relacionadas à sexualidade, à vida e à morte. No imaginário social, anuncia um castigo, um atestado de óbito prematuro ou uma sentença de morte (SALDANHA, FIGUEIREDO, 2002).

O estigma é produzido em função dos modos de transmissão e das normas sociais preexistentes à epidemia, referidas à prescrição de comportamentos com base em estereótipos de gênero e na normatização da sexualidade. Como assinalado por Parker (2002), a transmissão sexual do vírus HIV é considerada uma tragédia, já que é uma doença envolta em moralismos, e adquiri-la significa ser alvo de censura que não é dirigida a outras doenças. As pessoas que apresentam a infecção percebem-se muitas vezes como “pecadoras”, o que gera sentimento de culpa, ódio de si mesmas, rejeição, autoagressão, medo, ansiedade, depressão, raiva e suicídio.



SUMÁRIO



Ainda não se conseguiu impor limites ao profundo desprezo pelos direitos humanos por parte de alguns setores no Brasil, portanto, refletir sobre a questão dos direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV implica necessariamente em compreender que, mesmo passados cerca de 30 anos desde o início da epidemia, muitas adversidades, constrangimentos, humilhações, violências, preconceitos e discriminações, ainda hoje, são marcas importantes que dificultam e/ou impedem a prevenção da transmissibilidade e o acesso a serviços de saúde para o cuidado e tratamento (VICENTE, 2016).

Apoio no enfrentamento

Essa categoria sugere que as participantes encontravam no serviço de saúde o seu apoio para enfrentar o HIV. Compartilhar sua condição sorológica é causa de um sentimento ambivalente, entre o pensar ser aceita no grupo e não ser, entre ser amada e cuidada pelo parceiro e não ser, em ter uma família que apoia e sustenta e não ter, pois o estigma, o preconceito e a falta de conhecimento sobre a doença têm impacto proeminente. Nesse caso, somente as instituições e os profissionais de saúde foram as figuras de apoio para as participantes.

E3: somente o serviço de saúde... não consigo contar a ninguém, tenho medo do preconceito.

E4: Pra mim, ser uma mulher com HIV... é tipo... guardo tudo pra mim, não consigo me abrir com ninguém em relação a isso, somente consigo conversar com vocês sobre isso, até porque me senti insegura, com medo de alguém descobrir, mas graças a Deus, em relação ao meu tratamento está sendo ótimo, tô sendo tratada como uma pessoa comum, tipo como se não tivesse isso.

A postura acolhedora dos profissionais de saúde, a qualidade do apoio educacional e emocional prestado e a valorização da perspectiva do indivíduo são elementos importantes para reduzir o impacto

SUMÁRIO



do diagnóstico pelo HIV (RENESTO *et al.* 2014). Um dos principais desafios para as equipes de saúde é que o olhar para o sujeito do cuidado seja ampliado para a família e comunidade. Ao considerar que o processo histórico-social de organização da família, o espaço doméstico e os cuidados foram centralizados nas mulheres, o medo delas em ter a infecção revelada e o não estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais passou a ser um limitador para a assistência da família e dos seus filhos (RENESTO *et al.* 2014).

No CTA de Manacapuru são ofertados os serviços de enfermagem, serviço social, psicologia e atendimento médico, mas é no setor de psicologia que acontece o aconselhamento. O aconselhamento passa a designar uma relação de ajuda na qual o cliente, ou a pessoa em busca de atendimento, buscava alívio para suas tensões, esclarecimentos para suas dúvidas ou acompanhamento terapêutico em face de problemáticas enfrentadas em diversos domínios da vida, como o educacional, o profissional e o emocional, não envolvendo apenas o fornecimento de informações, a aplicação de testes psicológicos e a orientação considerada diretiva (HUTZ-MIDGETT, HUTZ, 2012).

Desta forma, o profissional desenvolve o processo de aconselhamento que acompanha todo o processo do diagnóstico e envolve uma escuta ativa, individualizada e centrada no indivíduo, cumprindo as prerrogativas éticas que envolvem a realização do teste e o sigilo do seu resultado, bem como fornecimento do apoio emocional e educativo necessários, seja no diagnóstico positivo ou não.

E5: Quais são meus apoios? Tirando daí do posto e lá do Tropical - Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado - nenhum, porém... tipo assim... aquele auxílio doença, nada, nada, só mesmo daí, do posto de saúde e do Tropical.

Galvão e Paiva (2011b) nos dizem que os profissionais que atendem PVHIV lidam cotidianamente com pessoas ansiosas por partilhar suas dores, angústias, dúvidas e medos e encontram no profissional a

SUMÁRIO



figura de alguém que escutaria sua história de vida sem condenação, por ser aquele em que podem confiar com mais facilidade. Desta forma, o profissional também é agente atuante no enfrentamento do HIV e representa esta figura importante para o paciente, pois este lhe coloca o significado de apoio, confiança, suporte e consolo.

Dentro do relato encontramos também o reconhecimento da facilidade sobre informações, tratamentos, acompanhamentos profissionais e institucionais, bem como na prática da sexualidade, onde o HIV não é empecilho para ela.

E1: acho que minha rede de apoio é a unidade onde eu... quando eu não consigo falar com alguém, eu consigo tirar minhas dúvidas em casa, eu procuro a unidade e a unidade sempre tem me apoiado, sempre tem me dado uma palavra de incentivo e força pra continuar né? Porque eu creio que todos os profissionais que estão na frente desse trabalho, eles são amparados pra isso, pra nos preparar, pra nos deixar mais fortes e nos ensinar enfrentar a vida depois do resultado soropositivo.

O apoio profissional se constitui de uma ferramenta necessária para o melhor enfrentamento da condição sorológica das participantes, uma vez que nos relatos das entrevistadas a figura do profissional é constante, presente e que demonstra certa proximidade com a realidade da paciente, ademais, torna-se necessário um olhar mais atento e sensível por parte do profissional que vai lidar diretamente com as queixas, demandas e dúvidas de suas pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi compreender os significados da soropositividade para mulheres cisgêneras que vivem com HIV em Manacapuru. Dentre os resultados, encontramos significados que abrangem a descoberta do diagnóstico, o impacto e desafios de lidar com a nova condição e também o potencial de cuidado dos nossos sistemas de saúde.

SUMÁRIO



Observamos que os significados da soropositividade para o grupo pesquisado está intimamente entrelaçado com as perspectivas de gênero, de forma que a condição sorológica positiva para o HIV intensifica os preconceitos baseados em gênero que tal grupo já vivencia pela sua construção generificada de ser mulher.

Diante do exposto, concluímos que o HIV ainda traz um espectro negativo arraigado, mas o apoio institucional e profissional se manifesta de forma positiva para que essas mulheres tenham a segurança e confiança para lidar com sua condição, embora nos relatos encontrados o HIV se apresente de forma extremamente negativa. O apoio familiar também se torna necessário, mas em virtude de uma dupla adaptação família/PVHIV versus PVHIV/família, é necessária a intervenção profissional, para que minimize os riscos, tire todas as dúvidas, faça os encaminhamentos e atendimentos necessários para que então, a paciente, confiante e segura de seu diagnóstico, se abra e busque o apoio no núcleo familiar.

Como limitações, este estudo não investigou as perspectivas de mulheres com deficiência que vivem com HIV, pelo fato de não termos encontrado público com essa especificidade (a deficiência), assim, sugerimos pesquisas que se debruçam sobre esse público.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. E. R. Mulheres cisgênero e mulheres transgênero: existe um modelo legítimo de mulher? - **Seminário Internacional Fazendo Gênero - 11 & 13th Women's Worlds Congress** (Anais Eletrônicos), Florianópolis, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Blog da Saúde. Departamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional. Brasília: Ministério da Saúde, 56 p. 2017a.

SUMÁRIO



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 88 p. 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados até 31/12/2021 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados até 31/12/2021 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Dados até 31/12/2021 c.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Boletim epidemiológico AIDS e DST. Brasília: MS; 2015.

BOCK, A. M. B.; GONÇALVES, M. da G. M **A dimensão da subjetiva da realidade**: uma leitura sócio-histórica. Editora Cortez. São Paulo, 2009.

BLUMER H. **Symbolic interactionism: perspective and method**. Englewood Cliffs (NJ): Prentice-Hall, 1969.

BUTLER, J. **Problemas de gênero**: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

CAMPOS, R. C. P. **Aids: Trajetórias afetivo-sexuais das mulheres**. In: Bruschini C, Holanda HB, organizadores. Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil. São Paulo (SP): Fundação Carlos Chagas; p. 85-109, 1998.

CARVALHO, C. M. L; GALVÃO, M. T. G. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza – CE. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 90-7, 2008.

CECCON, R. F; MENEGHEL, S. N. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/AIDS em situação de violência. **Revista Physis**, Rio Janeiro, v. 27, n.04, 2017.

CECHIM P L, SELLI L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n.2, p. 145-9, 2007.

COSTA, F. M. *et al*. Mulheres vivendo com HIV/AIDS: avaliação da qualidade de vida. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 7, n. 3, p. 503-513, 2014.

FETTEROLF, J; SANCHEZ, D. The cost and benefits of perceived sexual agency for men and women. **Archives of sexual Behavior**, v. 44, n. 4, p. 961-970, 2015.

SUMÁRIO



FIUZA, M. L. T. **Religiosidade, adesão e qualidade de vida em pessoas vivendo com AIDS em uso de antirretrovirais**. 2012. 80f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade** - vol I. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FRASER, M. T. D; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, São Paulo, v. 28, n. 14, p. 139-152. 2004.

GALVÃO, M. T. G; CUNHA G. H; MACHADO, M. M. T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília; v. 63, n. 3, p. 371-6, 2010.

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1022-1027, 2011.

GUILHEM, D; AZEVEDO, A.F. Bioética e gênero: moralidade e vulnerabilidade feminina no contexto da Aids. **Revista Bioética**. Brasília, v. 16, n.2, p. 229-40. 2008.

HUTZ-MIDGETT, A.; HUTZ, C.S. Counseling in Brazil: Past, present, and future. **Journal of Counseling & Development**, v.90, n.2, p. 238-242, 2012.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2020.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo. v. 5, n. 7, p. 01-12. 2017.

PADOIN, S. M. M. A possibilidade de integrar a família ao cuidado. In: Padoin SMM, Paula CC, Schaurich D, Fontoura VA, organizadores. **Experiências interdisciplinares em Aids: interfaces de uma epidemia**. Santa Maria: Ed. da UFSM; p. 289-302, 2006.

PARKER, R. The Global HIV/AIDS pandemic, structural inequalities, and the politics of international health. Am. **Journal of Public Health**. New York, v. 92, n. 3, p. 343-347, 2002.

PIOVESAN, A; TEMPORINI E. R. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 4, n.29, p. 318 – 25. 1995.

SUMÁRIO



REIS, C. R. S; TEIXEIRA, S. A; MENDES, B. G. Heteronormatividade: implicações psicossociais para sujeitos não-heteronormativos. **Revista Brasileira de Ciências da Vida**, Sete Lagoas. v. 5, n.3, 2017.

RENESTO, H.M.F. *et al.* Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, Recife. v.1, n. 48, p. 36-42, 2014.

SADALA, M.L.A; MARQUES, S.A. Vinte anos de assistência a pessoas vivendo cm HIV/AIDS no Brasil: a perspectiva de profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Botucatu, n.22, v. 11. p. 2369-78, 2006.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C. **Gênero, relações afetivas e aids no cotidiano da mulher soropositiva**. In: SIDANET ASSOCIAÇÃO LUSÓFONA. O HIV no mundo lusófono. 1. ed. Santarém: Normagrafe, 2002. p. 35-47.

SOUZA, R. T. **Ainda além do medo – Filosofia e antropologia do preconceito**. Porto Alegre (RS): Da Casa; 2002.

SCHAURICH, D; FREITAS, H. M. B. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.4, 2011.

STOCKTON M.A. *et al.* The impact of an integrated depression and HIV treatment program on mental health and HIV care outcomes among people newly initiating antiretroviral therapy in Malawi. University of Ghana College of Health Sciences. **PLoS One**, Ghana. v 15, n. 5, 2020.

VICENTE, P. D. Apontamentos sobre o trabalho de profissionais de saúde do SUS na luta pelos direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/aids na cidade de São Paulo. **Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo**. São Paulo, vol.1, p. 31-41, 2016.

VILLELA, W.V; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.1, p. 87-96, 2017.

WITTIG, M; **El pensamiento heterosexual y otros ensayos**. Barcelona: Editorial EGALES, S. L., 2006.

ZEPEDA, K.G. M. *et al.* Significados e sentidos atribuídos por pessoas com HIV/aids sobre a convivência com este vírus/doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 3, n 75, 2022.

10

Railcineide Silva de Sousa

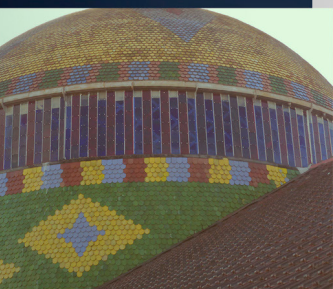
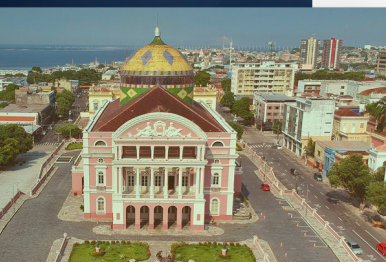
Daniel Cerdeira de Souza

DOENÇAS RARAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL:

revisão integrativa da literatura

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.10](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.10)

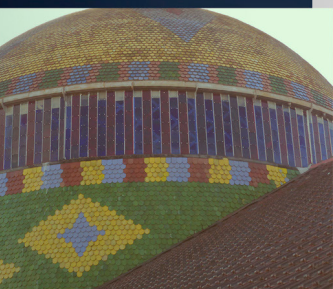
SUMÁRIO

**Resumo:**

Doenças raras são definidas como um conjunto de condições patológicas que em sua maioria são crônicas, progressivas e incapacitantes, podendo ser degenerativas e levar à morte, afetando qualquer sistema do organismo, sendo caracterizadas por uma baixa frequência na população. O objetivo deste trabalho foi analisar a literatura sobre doenças raras e políticas públicas no contexto brasileiro. O estudo consiste em uma revisão integrativa que trabalhou com dados teóricos e empíricos, onde selecionamos 15 artigos e para analisar os dados extraídos destes, foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Os dados extraídos possibilitaram a construção de quatro categorias, a saber: 1) Dificuldade de diagnóstico; 2) Tratamento ineficiente; 3) Alto custo de medicações; 4) Impacto familiar e 5) Políticas públicas, que discutem que mesmo uma política específica para pessoas que vivem com doenças raras sendo promulgada em 2014, atualmente ainda há uma grande escassez de diagnósticos e quando se chega a ele, o tratamento na maioria das vezes não é eficaz ou até mesmo não é nem conhecido, não obstante as medicações em sua maioria se tratam de medicações de alto custo e que não são oferecidas na rede pública, o que traz um sofrimento maior para a família e indivíduos portadores de doenças raras. Os resultados da pesquisa evidenciam que as dificuldades e ansiedades enfrentadas tanto pelos familiares quanto pelo próprio indivíduo são um dos fatores principais que devem ser levados em consideração ao se analisar a atual situação de portadores de doenças raras no mundo.

Palavras-chave: Doenças raras; Políticas públicas; Gestão em Saúde; Revisão integrativa

SUMÁRIO



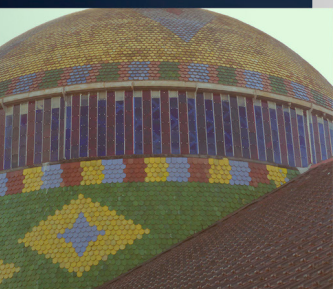
INTRODUÇÃO

As doenças raras constituem um importante problema de saúde pública, tendo em vista, a parcela da população e os problemas que essas patologias acarretam não somente para o indivíduo afetado, como para toda a família, contudo, esse tema carece de compreensão e estudos na perspectiva da Saúde Coletiva. As doenças raras são definidas como um conjunto de condições patológicas em sua maioria, crônicas, progressivas e incapacitantes, podendo ser degenerativas e levar à morte, podendo afetar qualquer sistema do organismo, tendo como característica uma baixa frequência na população, mas tendo potencial, quando agrupadas tornam-se bastante expressivas. Pelo seu pouco conhecimento etiológico e terapêutico, as doenças raras também são conhecidas também como doenças 'órfãs' (BRASIL, 2022; BIGLIA, *et al.*, 2021).

A denominação de 'doenças raras' é atribuída a algumas enfermidades quando afetam até 65 pessoas em cada 100 mil indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos, segundo Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2022; D'IPPOLITO, GADELHA, 2019). Esse grupo de doenças é composto pelas anomalias congênitas, os erros inatos do metabolismo, os erros inatos da imunidade, as deficiências intelectuais, entre outras doenças e a maioria possui algum tipo de componente genético. Valendo ressaltar, que outras etiologias podem estar associadas, como os fatores nutricionais, os fatores ambientais, os medicamentos, os agentes teratogênicos (BRASIL, 2022).

O número total de doenças raras é de difícil determinação, mas estima-se que haja pelo menos 6.000 doenças raras em todo o mundo. São caracterizadas pela diversidade de sinais e sintomas que variam, não apenas entre as diferentes doenças, mas também entre os pacientes acometidos da mesma doença. Vale ressaltar que, além de afetarem a expectativa de vida, as doenças raras influenciam na qualidade

SUMÁRIO



de vida dos indivíduos afetados, manifestando diminuição ou perda de capacidades sensoriais, físicas e mentais, desconforto, dor exagerada e alto grau de dependência. Tais deficiências são aptas a afetar o potencial de educação, o ganho de capacidades motoras e a autonomia desses indivíduos (AURELIANO, 2018).

Um dado relevante é a discrepância das condições de promoção à saúde de pessoas com doenças raras e outras pessoas com condições de saúde crônicas de maior prevalência na população, onde há pouco ou não há o compartilhamento de informações por profissionais dos diversos níveis de atenção à saúde e pela população em geral, o que reforça ao desconhecimento dessas doenças. Torna-se importante ressaltar esse ponto, pois isso demarca uma diferença importante que interfere nos itinerários de diagnóstico e tratamento dessas patologias, além de influenciar na capacidade das pessoas ligadas às redes familiares e às instituições de compreender, poder dar nomes e principalmente saber enfrentar esse problema que tem um grande impacto na sociedade (MOREIRA *et al.*, 2019).

Desse modo, se faz necessário um atendimento de saúde inter e multidisciplinar para o indivíduo acometido por uma doença rara. Um marco importante e fundamental no progresso nesse ponto deu-se com a promulgação da portaria nº. 199/2014, que instituiu a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras (PNAIPDR) (BRASIL, 2014). Tal política está organizada no formato de Rede de Atendimento para Diagnóstico e Tratamento de Doenças Raras e com abrangência transversal com as demais redes temáticas prioritárias. Quanto aos seus objetivos, serão apresentados de forma resumida os específicos, sendo eles: 1) garantia da universalidade, da integralidade e da equidade das ações e serviços de saúde; 2) estabelecimento de diretrizes para o cuidado em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), desde a atenção básica até cuidados mais complexos e tudo isso com um acompanhamento frequente da

SUMÁRIO



equipe multidisciplinar; 3) acesso à atenção integral na Rede de Atenção à Saúde; 4) ampliação do acesso universal na Rede de Atenção à Saúde; 5) garantia de acesso a diagnósticos e a terapias de acordo com a necessidade do paciente; 6) qualificação da atenção aos portadores das doenças (BRASIL, 2014).

Vale ressaltar, que o termo doença ‘rara’ pode gerar a falsa impressão de ‘não importância’ em termos de magnitude do problema de saúde, contudo, quando as características clínicas desses pacientes são expostas é visível a gravidade do caso, e a necessidade de um atendimento rápido, onde cada dia, mês ou ano que passa, mais sequelas estarão presentes naquele indivíduo e na sua maioria de caráter irreversível. Ademais, uma avaliação geral dos indicadores de mortalidade ou morbidade provenientes dos sistemas de informação do SUS demonstra que alguns grupos de doenças raras já se encontram entre as primeiras causas de internação ou de desfechos negativos entre crianças de zero a cinco anos, não há como negar a necessidade de providências mais efetivas a respeito dessas patologias (D’IPPOLITO, GADELHA, 2019).

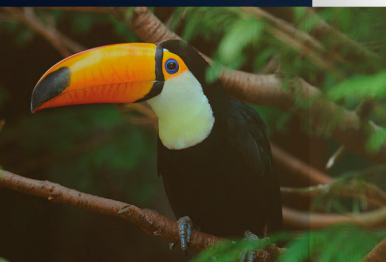
Com isso, a batalha pela efetivação e manutenção dos direitos já conquistados das pessoas que vivem com doenças raras somam-se aos esforços para garantir uma cada vez mais inovações tecnológicas que auxiliem no tratamento adequado, além das reivindicações pela melhoria no cuidado com essa parcela da população nos serviços públicos de saúde. Grande parte dos países em desenvolvimento não possuem legislação específica ao cuidado dos sistemas de saúde com doenças raras, sendo recorrente o argumento de que há problemas muito maiores e frequentes a serem resolvidos para essa sociedade como à pobreza e a violência, e que as doenças raras são problemas minoritários que não necessitam de intervenção imediata frente as demais mazelas vividas pela sociedade e associado a esse argumento, está o fato de que esses países não possuem recursos suficientes para a atenção desse grupo populacional específico (WANG e LI, 2013).

SUMÁRIO

O Brasil, mesmo enfrentando as dificuldades descritas no parágrafo anterior, tem adotado ações no sentido de ampliação das responsabilidades do SUS, o que resulta na incorporação de novos tratamentos à rede pública. O Brasil apresenta um processo de desenvolvimento de políticas públicas dirigidas ao fornecimento de medicamentos e de outras prestações de saúde que, somente nos últimos anos, conduziu a ações específicas para o cuidado com doenças raras (AITH *et al.*, 2014). Apesar desse esforço, essa parcela da população ainda se encontra em extrema desvantagens com inúmeros problemas a serem resolvidos, variando do diagnóstico até mesmo a aquisição de medicamentos. Essa é uma realidade extenuante para a maioria desses pacientes e seus familiares, sendo na maioria das vezes desconhecida pela sociedade brasileira (AMARAL, REGO, 2020).

Esse desconhecimento, acarreta dificuldades, medo e culpa em muitas famílias, que se sentem desamparadas e sem perspectiva de melhoria na qualidade de vida do afetado. Este impacto negativo é ainda maior quando associado à demora e dificuldade dos diagnósticos médicos, além da falta de conhecimento dos próprios profissionais da saúde sobre a diversidade de doenças raras e pela falta de uma rede social de proteção mais forte para estes pacientes (CLARCK, CLARCK, 2013). Ao analisar esse panorama geral dos portadores de doenças raras no Brasil, é notório o quanto ainda há a necessidade de evolução e melhoria no sistema, para que assim haja uma atenção integral a esses indivíduos e as suas famílias, a implementação da política de forma mais eficiente se torna fundamental.

Considerando o exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2021 sobre doenças raras e políticas públicas no contexto brasileiro.



SUMÁRIO



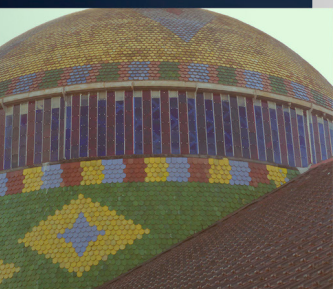
METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão integrativa (RI), que trabalhou com dados teóricos e empíricos, seguindo o proposto por Whitemore e Knafel (2005), a partir dos seguintes passos:

1) Identificação do problema: O objetivo desta revisão foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2021 sobre políticas públicas para doenças raras no contexto brasileiro.

2) O segundo passo corresponde a coleta dos dados. Dessa forma, os passos da coleta neste estudo iniciaram-se na definição dos descritores de busca, sendo “Políticas públicas” e “Doenças raras” e “Brasil”, validados nos Descritores da Biblioteca Virtual de Saúde (Dec’s BVS). O portal utilizado para coleta foi o Portal Periódicos CAPES, escolhido porque integra diversas bases de dados e proporciona acesso público aos artigos científicos, além de apresentar estudos interdisciplinares, considerando que o tema da revisão pode ser estudado do ponto de vista da saúde e das ciências humanas/sociais. A coleta foi realizada entre os dias 13 e 23 de junho de 2022 por meio do IP (número identificador dado ao seu computador, ou roteador, ao conectar-se à rede) da Universidade Federal do Amazonas, que permite acesso aberto a uma amplitude de publicações científicas, entre elas, as publicações de revistas que cobram taxas de acesso. Os critérios de inclusão adotados foram: Artigos publicados em revistas indexadas revisadas por pares sobre o tema da pesquisa em contexto brasileiro, publicados em língua portuguesa, entre janeiro de 2017 a dezembro de 2021. Como critérios de exclusão, removemos outras formas de publicação (artigos de jornal, artigos de anais de eventos, artigos de jornais e outros veículos midiáticos não científicos, livros, dissertações, tese, editoriais, resenhas e afins). O total de resultados coletados foi de 371.

SUMÁRIO



3) O terceiro passo correspondeu a avaliação dos dados coletados. Assim, os 371 resultados coletados foram descritos em uma planilha do Microsoft Excel para serem tratados e organizados inicialmente. Dessa maneira, nessa etapa, foram excluídos os resultados que não estavam no formato de artigos científicos, mas que estavam indexados nas bases. Assim, foram excluídos aqui 36 resultados (8 resenhas, 12 dissertações de mestrado e 16 editoriais). Restaram então 335 artigos. Após, foram excluídos os artigos que estavam repetidos nas bases, onde foram excluídos 46 artigos. Restaram então 289 artigos dos quais foram lidos os títulos e resumos para o terceiro recorte e exclusão daqueles que não apontavam para o objetivo deste trabalho. Nessa etapa, 270 artigos foram excluídos.

4) A quarta etapa diz respeito à análise e interpretação dos dados: Para essa etapa, restaram 19 artigos, os quais passaram por leitura completa. Para apoio na leitura, foi elaborado um instrumento, chamado “protocolo de RI”, que nos auxiliou na análise descritiva inicial dos artigos. Este protocolo baseia-se no estudo de Evans e Pearson (2001) e conteve: a pergunta da revisão, os critérios de inclusão e as estratégias de busca, assim descritos: i) a identificação (título do artigo, título da revista em que foi publicado o artigo, área do periódico, base de dados, ano e autores e país da publicação); ii) metodologia do estudo; iii) as principais considerações/resultados e pergunta da pesquisa e iv) um campo para que se justifique caso o estudo seja excluído da amostra final. Após a análise, o revisor deu seu parecer de “selecionado” ou “não selecionado” para cada artigo, seguindo o critério de relevância do estudo para a amostra e se ele contemplava a temática proposta de forma integral. Nessa etapa foram excluídos 4 artigos, por não contemplarem o tema deste estudo.

O universo final desta revisão foi composto por 15 artigos e para analisar os dados extraídos destes, foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Esse procedimento organiza-se em três fases,

SUMÁRIO

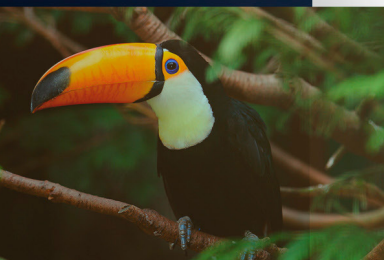


segundo Bardin (2011): I) Pré-Análise: É a organização de todos os materiais utilizados na coleta dos dados (correspondente à organização e leitura dos artigos no protocolo). II) Exploração do Material: que consiste nas operações de codificação em função das regras que já foram previamente formuladas (após a leitura no protocolo, criou-se as categorias). III) Tratamento dos resultados: É a fase de análise propriamente dita, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como resultados, descrevemos a seguir as características de cada artigo selecionado na amostra desta revisão. Todos os artigos foram publicados no Brasil e em língua. Quanto aos anos das publicações, 1 artigo foi publicado em 2017, 4 em 2018, 8 em 2019, 1 em 2020, 1 em 2021. As áreas dos periódicos foram: 14 na área da saúde e 1 na Sociologia, essa prevalência na área da saúde pode estar relacionada ao tema abordado ser proeminentemente dessa área. Quanto ao método dos estudos, 1 artigo usou o método de revisão sistemática, 3 utilizaram o método quantitativo, 4 a revisão integrativa e 7 utilizaram o método qualitativo, onde 5 utilizaram o padrão de observação e entrevista, 1 o grupo focal e 1 usou a metodologia dedutiva. Com isso, é possível observar que no Brasil quanto ao tema abordado o que houve um maior predomínio foi o de metodologia quantitativa na saúde. Vale ressaltar, que na epidemiologia, que é a área de estudo dos fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nos grupos de pessoas, o melhor tipo de estudo para se analisar doenças raras são os de caso controle (OLIVEIRA, 2015). Contudo, não foi encontrado esse tipo de estudo durante a pesquisa. O quadro 1 mostra os artigos analisados:

SUMÁRIO



Quadro 1 – Artigos analisados

Artigos	Revista/Ano/País	Métodos	Autores
Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras.	Ciência & Saúde Coletiva, que/ 2018/Brasil	Revisão Integrativa	Lima, M. A. de F. D.; Gilbert, A. C. B.; Horovitz, D. D. G.
Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração.	Ciência & Saúde Coletiva/ 2018/Brasil	Qualitativo	Aureliano, W. de A.
Doenças raras, drogas órfãs e as políticas para avaliação e incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde.	Sociologias/ 2018/Brasil	Revisão Integrativa	Novaes, H. M. D.; Soárez, P. C.
Doenças genéticas raras com abordagem qualitativa: revisão integrativa da literatura nacional e internacional.	Ciência & Saúde Coletiva/ 2019/Brasil	Revisão Integrativa	Souza, Í. P. <i>et al.</i>
Trajetórias e experiências morais de adoecimento raro e crônico em biografias: um ensaio teórico.	Ciência & Saúde Coletiva/ 2019/Brasil	Revisão Integrativa	Moreira, M. C. N.
Cuidado complexo, custo elevado e perda de renda: o que não é raro para as famílias de crianças e adolescentes com condições de saúde raras.	Cad. Saúde Pública/ 2019/Brasil	Qualitativo	Pinto, M. <i>et al.</i>
O Associativismo faz bem à saúde? O caso das doenças raras	Ciência & Saúde Coletiva/ 2018/Brasil	Revisão Sistemática	Barbosa, R. L.; Portugal, S.
Adoecimentos raros e o diálogo associativo: ressignificações para experiências morais.	Ciência & Saúde Coletiva/ 2019/Brasil	Qualitativo	Nunes, M. C. <i>et al.</i>
Identificação de doenças genéticas na Atenção Primária à Saúde: experiência de um município de porte médio no Brasil	Revista Brasileira Medicina Família Comunidade/ 2020/Brasil	Quantitativo	Santos, C. S. <i>et al.</i>
O direito fundamental à saúde e as doenças raras: considerações acerca do controle de políticas públicas pelo supremo tribunal federal	Revista Brasileira Medicina Família Comunidade/ 2019/Brasil	Qualitativo	Duarte, L. G. M.; Vidal, V. L.

SUMÁRIO



Identidade social de pessoas com condições raras e ausência de diagnóstico: contribuições a partir de Hall, Honneth e Jutel.	Ciência & Saúde Coletiva/ 2019/Brasil	Qualitativo	Gomes, J. de S.
Qualificação e provimento de médicos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS).	Comunicação saúde educação/ 2017/Brasil	Quantitativo	Melo, D. G. <i>et al</i>
Incorporações de medicamentos para doenças raras no Brasil: é possível acesso integral a estes pacientes?	Ciência & Saúde Coletiva/ 2021/Brasil	Quantitativos	Biglia, L. V. <i>et al.</i>
A pessoa com o diagnóstico de uma condição genética como informante-chave do campo das doenças raras - uma perspectiva pela sociologia do diagnóstico.	Ciência & Saúde Coletiva/ 2019/Brasil	Qualitativo	Barbosa, R. L.
Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil	Ciência & Saúde Coletiva/ 2019/Brasil	Qualitativo	Iriart, J. A. <i>et al.</i>

Fonte: Quadro elaborado pelos autores

A partir do exposto, nesse momento apresentamos as categorias dos resultados da revisão, a partir da técnica de Análise de conteúdo (Bardin, 2011):

Dificuldade de diagnóstico

Diante dos resultados encontrados, é notório que mesmo com a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras tendo sido promulgada em 2014, os pacientes ainda têm dificuldade em garantir acesso ao SUS (LIMA. 2018). Quando se trata de doenças raras de origem genética, há uma grande dificuldade em se obter um diagnóstico correto e preciso da patologia, não apenas por se tratar

SUMÁRIO



de doenças que vem de desordem genética, apresentando sintomas variados e inespecíficos, mas havendo também uma demora para levantar suspeita de um diagnóstico raro além disso, pode haver ainda uma confusão com os sintomas de outras doenças, levando a diagnósticos equivocados. Tem-se como exemplo a doença de Huntington, os sintomas podem ser confundidos com Parkinson, Alzheimer e até mesmo distúrbios psiquiátricos (AURELIANO, 2018).

Outro fator a ser levado em consideração quando se trata da dificuldade de realização de diagnósticos corretos, é a falta de preparo de formação inicial dos profissionais da área da saúde em atender crianças com doenças raras, onde na maioria das vezes passam anos indo de profissionais em profissionais em busca de uma resposta de sua condição e não encontram nada além de desconhecimento (NOVAES, SOAREZ, 2019; SOUZA *et al.*, 2019). Vale ressaltar, que o número de médicos geneticistas no país é reduzido, não ultrapassando 250, o que é claramente insuficiente para a universalização do acesso à especialidade, levando a uma grande escassez de médicos geneticistas, principalmente na região Norte, o que faz com que os médicos generalistas atendam com frequência casos de doenças raras e na maioria dos atendimentos, esses médicos podem não sabem como proceder, o que influencia num pior prognóstico do indivíduo afetado, visto que quanto mais se demora para realizar as intervenções necessárias, mais os danos e sequelas se tornam irreversíveis (PINTO *et al.*, 2019; BARBOSA, PORTUGAL, 2018). Chegar ao centro de referência em genética significa para alguns pacientes o fim de uma trajetória de angústia em busca de um diagnóstico e consequente início do tratamento.

O itinerário percorrido até a descoberta do diagnóstico não raramente é composto por consultas e exames da rede suplementar de saúde, até que os pacientes consigam acessar o serviço de genética no SUS, fato que desencadeia uma série de custos extras para uma população que de modo geral é de baixa renda. A necessidade de

SUMÁRIO



diagnóstico nos casos das doenças genéticas alia dois valores no cuidado à saúde na contemporaneidade: de um lado o caráter preditivo da genética e de outro, a gestão do risco tanto para o indivíduo quanto para as gerações seguintes (SOUZA *et al.*, 2019; MOREIRA, 2019).

É possível observar ainda que mesmo que muitas tecnologias para diagnóstico e tratamento das condições de saúde raras estejam bem estabelecidas na literatura e nos centros de referência em doenças raras do SUS, o acesso a essas tecnologias ainda é um desafio principalmente para as populações pobres, visto que muitas famílias não conseguem nem mesmo ter acesso à atenção primária, seja devido a distância, aos gastos com transporte e moradia, entre vários outros problemas financeiros recorrentes (PINTO *et al.*, 2019).

Tratamento ineficiente

Nesse contexto, além de ser uma longa caminhada em busca do diagnóstico, quando se chega a ele, o tratamento na maioria das vezes não é eficaz ou até mesmo não é nem conhecido. O tratamento para doenças raras frequentemente requer acompanhamento multiprofissional por médico geneticista, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e psicólogo, entre outros, visando aliviar na maioria das vezes apenas a sintomatologia ou retardar seu aparecimento, contudo, é importante salientar que para a grande parte das doenças raras não existe tratamento efetivo, e nem perspectiva de a curto prazo de novas descobertas. Estima-se que apenas 10% delas possuem algum tratamento medicamentoso específico e que muitas vezes é de alto custo, isso torna grande parcela dos afetados distantes desse tratamento, tendo em vista a condição financeira da família (IRIART *et al.*, 2019).

A maioria das doenças genéticas raras tem um caráter degenerativo e incapacitante, com isso muitos pacientes precisam, desde

SUMÁRIO



cedo, fazer diversas terapias devido a necessidade de estímulos motores, sensoriais e cognitivos, quanto mais demorado esse processo se tornar, mais sequelas advirão (LIMA, 2018; PINTO *et al.*, 2019). Uma das diretrizes do SUS é o atendimento integral ao paciente com doenças raras por uma equipe multidisciplinar, contudo, se observa que o acesso aos diversos profissionais ainda é precário, tanto devido à escassez de recursos materiais e humanos, quanto aos entraves colocados pelo sistema de regulação. Isso é relatado pois foi encontrado em diversos estudos que o fato de o paciente estar sendo acompanhado por um médico geneticista não lhe garante prioridade no atendimento com outros especialistas e, os pacientes precisam retornar à fila da regulação de cada especialidade, com isso há uma demora ainda maior no cuidado integral desses pacientes, ou seja, após anos de busca por um encaminhamento direcionado, quando chega ao geneticista o caminho se torna ainda mais longo devido a necessidade de outros exames e opiniões de demais especialistas, isso leva o indivíduo novamente ao fim da fila a espera de atendimento, o que muitas vezes demora meses para uma consulta (SOUZA *et al.*, 2019; AURELIANO, 2018; PINTO *et al.*, 2019).

Ademais, uma dificuldade encontrada para determinadas regiões é a centralização dos hospitais de referências nas capitais e a concentração de tratamentos de alta complexidade nas regiões sul e sudeste do país, coloca por vezes a necessidade do deslocamento da família inteira para outros estados, significando muitas vezes o abandono de emprego e reorganização da vida em outra cidade. Destaca-se que nem todos tem condições financeiras para tal ou até mesmo para ir em busca de diagnóstico e tratamento, ficando a criança à mercê de atendimentos em unidades de saúde de baixa complexidade que não há profissionais capacitados em genética médica levando a demora ainda maior para esses pacientes (LIMA, 2018; DUARTE, VIDAL, 2019).

Um fator importante é que, apesar de muitas patologias não terem tratamento ou medicamentos disponíveis, o que gera um grande

SUMÁRIO



sofrimento por parte da família, o acolhimento que uma equipe multiprofissional proporciona à família, aos cuidadores e até mesmo aos próprios pacientes têm impacto emocional relevante e isso se torna fundamental nesse tipo de atendimento, tendo em vista o desconhecimento sobre o que enfrentarão em seguida, como lidarão com esses desafios, se faz de fundamental importância esse atendimento humanizado, voltado para as pessoas em busca de diminuir o sofrimento, não apenas físico, mas na maioria das vezes mental (AURELIANO, 2018; GOMES, 2019; MELO *et al.*, 2019).

Alto custo de medicações

Não só há dificuldade no diagnóstico e tratamento, como na aquisição de medicamentos, visto que não estamos discorrendo sobre medicações de fácil acesso, mas um grupo de remédios que de alto custo e que necessitam de especialistas capacitados para sua prescrição e uso adequado, visto que os profissionais se sentem inseguros em prescrever algum medicamento que possam agravar o quadro dos pacientes com doenças raras (NOVAES, SOAREZ, 2019; IRIART *et al.*, 2019).

O tratamento medicamentoso é um direito assegurado pela Constituição de 1988, e é apenas uma parte de todo o tratamento, mas está disponível para menos de 3% das doenças raras. A maioria dos medicamentos para doenças raras atendidas pelo SUS trata apenas os sintomas, e na maioria das vezes as patologias progridem de forma rápida não tendo um medicamento para a desaceleração de sua evolução clínica (AURELIANO, 2018; MELO *et al.*, 2019). Muitas das doenças genéticas raras estão associadas à deficiência na produção de determinadas enzimas centrais ao metabolismo, de modo que o tratamento consiste também na reposição enzimática, além da realização regular de exames e acompanhamento clínico, sendo essa a realidade de muitas famílias em todo o mundo (BIGLIA, 2021; BARBOSA, 2019).

SUMÁRIO



Os medicamentos utilizados no tratamento das doenças raras são conhecidos como drogas órfãs. Essas são entendidas quando se tem dois conceitos em conjunto: um epidemiológico (prevalência ou incidência de uma doença dentro de uma população) e um econômico (a presumida não lucratividade da droga destinada ao tratamento da doença) (SOUZA *et al.*, 2019; GOMES, 2019). As drogas órfãs custam, atualmente, em média, cinco vezes mais do que as drogas convencionais. Para que as terapias para as doenças raras possam alcançar uma fração do sucesso obtido no seu diagnóstico, o desenvolvimento de medicamentos ou drogas órfãs, deverá ser aprimorado, pois apenas 10% das doenças genéticas conhecidas teriam hoje alternativas terapêuticas, e que muitas famílias não têm acesso nem mesmo a esses tratamentos conhecidos. Com esse conceito, compreendemos o complexo processo para o registro e incorporação de medicamentos de alto custo no SUS, que envolve interesses da indústria e do Estado. E diante disso, muitos pacientes encontram na judicialização a única forma de acesso a medicamentos ou testes genético, visto que a dificuldade de acesso a estas drogas se dá em virtude de que a premissa da raridade está associada ao baixo potencial de lucro por parte das indústrias, que não teriam interesse em desenvolver medicamentos para um número muito restrito de consumidores (IRIART, 2018; BARBOSA, PORTUGAL, 2018).

Uma das soluções descritas na literatura, seria o envolvimento direto de instituições acadêmicas, onde através de pesquisas, se poderia estar adotando diferentes modelos de desenvolvimento de medicamentos e de colaboração com a indústria, pois isso acarretaria benefícios para essa população, que poderia ter uma melhor qualidade de vida, visto que as doenças raras, seu diagnóstico e tratamento ainda são pouco difundidos, necessitando de mais investigações. Além do mais, quanto mais pesquisas voltadas para as doenças raras, mais se torna difundida entre a população seu conhecimento, os tipos, diagnósticos e tratamento, mesmo que muitas não tenham um esclarecimento total de sua fisiopatologia, de modo que se torna importante a

SUMÁRIO



família de portadores de doenças raras se sinta incluídos em um grupo que compartilha dos mesmos anseios, medos e preocupações, para que desse modo não se sintam sozinhos nessa caminhada (AURELIANO, 2018, GOMES, 2019).

Impacto familiar

O impacto familiar que as doenças genéticas raras podem provocar afetam tanto a qualidade de vida da família quanto da própria pessoa que vive com aquela patologia, além de vizinhos e pessoas que fazem parte da vivência daquela família. Onde não só a falta de informação sobre a doença, bem como o estigma e preconceito sofrido, mas também a demanda de cuidado que muitas vezes leva a que um dos familiares (geralmente um dos pais) deixe de trabalhar para se dedicar exclusivamente ao indivíduo doente (PINTO *et al.*, 2019; BIGLIA, 2021; BARBOSA, 2019).

Trata-se de enfermidades com grande potencial de alteração na vida dos sujeitos, tanto em função das limitações biológicas que acarretam quanto das incertezas geradas sobre seu prognóstico. Uma das principais causas de aflição familiar dentre tantos outros problemas que afligem os pacientes e suas famílias no enfrentamento das doenças genéticas raras está a obtenção do diagnóstico que pode ser dificultado por inúmeros fatores que já foram descritos acima (GOMES, 2019; BARBOSA, 2019). Essa espera por um diagnóstico envolve além do receio de perder o filho, inúmeras inseguranças para essa família, visto que as condições financeiras são um ponto principal nesses casos (NOVAES, SOAREZ, 2019; IRIART *et al.*, 2019).

Importa ressaltar o papel dos cuidadores, que na grande maioria são a própria família, onde se observa uma rotina de cuidados intensa e diária. Esse é um dado importante a ser descrito, onde a abdicação

SUMÁRIO



da própria vida para cuidar da vida do outro pode trazer várias sequelas para o cuidador, visto a variedade de problemas a serem enfrentados e na maioria das vezes sem informações o suficiente de como proceder. Importante ressaltar que o cuidado multidisciplinar seja voltado também para a família, atendimentos com psicólogos se mostraram de grande efetividade e melhoria na sobrecarga que na grande maioria é demasiada, levando a um desgaste não somente físico, mas psicológico por parte do cuidador (MELO *et al.*, 2019; BIGLIA, 2021).

Vale ressaltar que o doente e seu familiar não escolheram a doença, mas isso se deu para eles como acontecimento inesperado, nesse âmbito o preconceito, se torna presente levando muitas vezes com que haja a exclusão daquele indivíduo da sociedade, a família opta por mantê-lo isolada de contato com outras pessoas, na maioria das vezes por medo do impacto que aquela criança terá quanto ao preconceito que sofrerá, e algumas vezes por vergonha da família quanto aquela situação. Essa posição frente a doença é fundamental para que se respeite o protagonismo do paciente em seu tratamento, fugindo de culpabilizações desnecessárias (DUARTE, VIDAL, 2019; AURELIANO, 2018).

Políticas públicas

Um problema atual é a escassez de políticas específicas voltadas ao tratamento de doenças raras, seja essa política de cunho federal, estadual ou municipal (BARBOSA, 2019; IRIART *et al.*, 2019). Não se pode negar que com os avanços por meio da PNAIPDR, os pacientes passaram a ter a chance de serem tratados de maneira mais digna, pondo em prática dois dos três princípios do SUS que tratam da equidade, já que pacientes que sofrem de condições raras devem ter a mesma oportunidade de receber tratamento que outros pacientes com distúrbios mais frequentes e a universalidade, por meio da inclusão deste grupo de pacientes nas políticas públicas de saúde

SUMÁRIO



(DUARTE, VIDAL, 2019; GOMES, 2019). Com o intuito de melhorar as condições de vida dos pacientes, as diretrizes do programa público contemplam a formação e a capacitação permanentes dos profissionais de saúde no cuidado com os portadores dessas enfermidades, a promoção de ações integradas pelos Poderes Públicos, a oferta de serviços voltados à habilitação e à reabilitação das pessoas, além da promoção da inclusão social dos pacientes e de sua autonomia (BRASIL, 2014).

Segundo a PNAIPDR, a estrutura das linhas de cuidado é dividida em duas vertentes, uma que atua logo que o indivíduo busca por atendimento na atenção básica, e a outra que é acionada quando esse problema não foi resolvido nesse local necessitando de uma avaliação mais minuciosa por especialista da área, principalmente nas doenças genéticas, sendo que esse tipo de doença deve receber atenção especializada. A atenção básica corresponde à porta de entrada prioritária do usuário na rede pública de saúde, tendo como incumbência, entre outras ações, as tarefas de redução dos danos das doenças nos usuários, a avaliação da vulnerabilidade dos pacientes, a implementação de ações de diagnóstico precoce, o encaminhamento oportuno das pessoas suspeitas de possuírem as doenças à confirmação do diagnóstico, o registro de informações referentes às doenças, o cuidado domiciliar dos pacientes e a humanização da atenção, é o primeiro cuidado que se tem durante o percurso em busca do diagnóstico. Já a linha especializada deve ser utilizada caso haja necessidade de encaminhamento do paciente ao atendimento em uma unidade de média ou alta complexidade. Sendo composta por “pontos de atenção com diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações e serviços de urgência, ambulatorial especializado e hospitalar” (BRASIL, 2014; VIDAL, 2019).

A política em seus artigos abrange todos os contextos biopsiossocial dos indivíduos, descreve nos detalhes o que será realizado para que haja melhorias no atendimento prestado a eles, contudo, a

SUMÁRIO



realidade é que nem metade dessa política está na prática, onde há uma precariedade cada vez maior ao atendimento público. Apesar de todos esses avanços, ainda há um longo caminho a ser percorrido. Uma das possíveis soluções para os problemas relatados neste trabalho é a capacitação e treinamento dos profissionais de saúde da atenção básica e especializada para o diagnóstico e tratamento das doenças genéticas raras, evitando a demora no diagnóstico e a necessidade de deslocamento para as capitais de pacientes que poderiam ser tratados em suas cidades (IRIART *et al.*, 2019; GOMES, 2019; MELO *et al.*, 2019).

Outro fator importante são os processos judiciais para obtenção de medicamentos que indicam uma deficiência na política de atenção às doenças raras, trazendo consequências para o sistema de saúde, como gastos mais elevados (BIGLIA, 2021; LIMA, 2018). Diante disso, é notório o quanto as políticas podem auxiliar esses indivíduos e quanto já evoluíram se comparada ao passado, mas é visível também o quanto ainda precisam ser formuladas e melhoradas, para propiciar uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos quando se fala de doença genética rara.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a literatura sobre doenças raras e políticas públicas no Brasil. Os resultados da pesquisa sugeriram que as dificuldades e ansiedades enfrentadas tanto pelos familiares quanto pelo próprio indivíduo são um dos fatores principais que devem ser levados em consideração ao se analisar a atual situação de portadores de doenças raras no Brasil, o que não difere da literatura mundial. Os principais relatos descritos na literatura foram, a dificuldade de diagnóstico, o que na maioria das vezes faz com que o paciente fique fazendo

SUMÁRIO



inúmeras consultas a vários especialistas, sem um direcionamento correto, a falta de tratamento adequado, quando se chega ao diagnóstico correto não há tratamento conhecido ou não há acesso ao mesmo devido o alto custo das medicações, o que também foi um dos problemas encontrados, visto que muitas famílias encontram no processo judicial a única forma de obter as medicações necessárias, além de tudo isso, ainda há a escassez de políticas públicas efetivas para essa parcela da população, deixando os muitas vezes desamparados não sabendo nem por onde iniciar a procura pelo diagnóstico correto.

Não distante desses problemas, a falta de conhecimento das patologias genéticas raras é bastante corriqueiro entre os profissionais da área da saúde, sendo necessária a capacitação e treinamento dos profissionais da atenção básica e especializada para o diagnóstico e tratamento de tais doenças, de modo que isso evitaria inúmeros transtornos durante essa difícil caminhada, como a demora no diagnóstico e a necessidade de deslocamento para as capitais de pacientes que poderiam ser tratados em suas cidades. Ademais, é importante também que o tema das doenças raras seja implementado de maneira efetiva nas grades curriculares dos cursos de saúde, visando proporcionar aos profissionais uma formação básica no tema, além de que a formação continuada também é de extrema importância.

Foi descrito durante o trabalho, a discrepância entre o que a PNAIPDR prevê em seus artigos, e como ela é aplicada na comunidade, o que traz inúmeras mazelas para os indivíduos, visto o seu desconhecimento sobre o tema, o que faz com que não haja um posicionamento de cobrança para que a política seja colocada em prática da melhor forma possível, devido sua baixa incidência na população. Com isso observa-se uma escassez em publicações sobre o tema, sendo esse a principal limitação do trabalho abordado, isso pode ser um dos fatores que levam às doenças genéticas raras a serem tão desconhecidas pela população, isso torna essencial que haja um maior

SUMÁRIO



investimento no tema, mais pesquisas voltadas para os pacientes com doenças raras, visto sua grande importância tanto no meio social, quando se vê as dificuldades e o desconhecimento dessa classe, quanto em relação ao científico, a valorização das pesquisas a esse tema, levaria a uma maior confiabilidade das famílias e a criação de políticas públicas voltadas para essa população, além de trazer novos métodos diagnósticos e até mesmo tratamentos eficazes, é necessário ter a pesquisa envolvida nesse processo.

Como limitações, esse estudo não observou diferenças como gênero, raça e classe das pessoas afetadas por doenças raras, visto que a literatura analisada não apresentou dados sobre. Assim, sugerimos pesquisas futuras que considerem esses marcadores sociais. Por fim, esperamos que este trabalho promova uma reflexão sobre como se encontra a pesquisa a respeito desse tema e com isso, possamos auxiliar tanto os profissionais da área da saúde quanto os familiares, trazendo um panorama da atual situação no Brasil quando se fala em políticas de portadores de doenças raras.

REFERÊNCIAS

- AITH, F. M. A. Direito à saúde e democracia sanitária: experiências brasileiras. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 15, n. 3, p.85-90, 14 abr. 2014.
- AMARAL, M.B.; REGO, S. Doenças raras na agenda da inovação em saúde: avanços e desafios na fibrose cística. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 12, 2020.
- AURELIANO, W. A. Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 369-379, 2018.
- BARBOSA, R.L. A pessoa com o diagnóstico de uma condição genética como informante-chave do campo das doenças raras - uma perspectiva pela sociologia do diagnóstico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3627-3636, 2019.

SUMÁRIO



BARBOSA, R.L.; PORTUGAL, S. O Associativismo faz bem à saúde? O caso das doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 417-430, 2018.

EVANS, D.; PEARSON, A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **Journal of Clinical Nursing**, v.10, n 5, pag. 593-599, 2001.

BIGLIA, L. V.; *et al.* Incorporações de medicamentos para doenças raras no Brasil: é possível acesso integral a estes pacientes? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 11, pág. 5547-5560, 2021.

BRASIL. **Linha de Cuidado Pessoas com Condições Raras na Rede de Atenção à Saúde (RAS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

CLARK, L.; CLARK, O. **Doenças Raras e a necessidade de políticas públicas**. Editora Planmark, São Paulo, 2013.

D'IPPOLITO, P. I. M.; GADELHA, C. A.G. O tratamento de doenças raras no Brasil: a judicialização e o Complexo Econômico Industrial da Saúde. **Saúde Em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 4, p. 219-231, dez de 2019.

DUARTE, L.G; VIDAL, V.L. O direito fundamental à saúde e as doenças raras: considerações acerca do controle de políticas públicas pelo Supremo tribunal federal. **Revista de Direito Sociais e Políticas Públicas**, Belém. v. 5. n. 2. p. 43 – 64, 2019.

GOMES, J.C. Identidade social de pessoas com condições raras e ausência de diagnóstico: contribuições a partir de Hall, Honneth e Jutel. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3701-3708, 2019.

IRIART, J.A.; *et al.* Da busca pelo diagnóstico às incertezas do tratamento: desafios do cuidado para as doenças genéticas raras no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3637-3650, 2019.

LIMA, M. A. F.; GILBERT, A. C. B.; HOROVITZ, D. D. G. Redes de tratamento e as associações de pacientes com doenças raras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 3247-3256, 2018.

MELO, D.G.; *et al.* Qualificação e provimento de médicos no contexto da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface: Comunicação saúde educação**, Botucatu, v. 21 n. 1, 2017.

MOREIRA, M.C. N. Trajetórias e experiências morais de adoecimento raro e crônico em biografias: um ensaio teórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3561-3661, 2019.

SUMÁRIO



MOREIRA, M. C. N.; *et al.* Adoecimentos raros e o diálogo associativo: ressignificações para experiências morais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3673-3682, 2019.

NOVAES, H.M.; SOAREZ, P.C. Doenças raras, drogas órfãs e as políticas para avaliação e incorporação de tecnologias nos sistemas de saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 21, n. 51, p. 332-364, maio-ago 2019.

OLIVEIRA, M.A.; VELLARDE, G.C.; SÁ, R.A.M. Entendendo a pesquisa clínica III: estudos de coorte. **Feminina**, v. 43 n. 3, p. 104-110, 2015.

PINTO, M.; *et al.* Cuidado complexo, custo elevado e perda de renda: o que não é raro para as famílias de crianças e adolescentes com condições de saúde raras. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 9, 2019.

SANTOS, C. S.; *et al.* Identificação de doenças genéticas na Atenção Primária à Saúde: experiência de um município de porte médio no Brasil. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**, Rio de Janeiro. v.15 n. 42, p. 2347, 2020.

SOUZA, I. P; *et al.* Doenças genéticas raras com abordagem qualitativa: revisão integrativa da literatura nacional e internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3683-3700, 2019.

VIDAL, V. L. Doenças raras e políticas públicas de saúde no brasil e em Portugal: um estudo comparado. **(RE)pensando direito**, v. 9, n. 17, p. 202-220, 2019.

WANG, C.; LI, D. Esforços Legislativos para o Cuidado de Doenças Raras na China - Análise dos Fundamentos Jurídicos e Chamada para um Quadro Regulatório. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 1, n. 14, p.11-33, mar./jun. 2013.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52 n. 5, p. 546– 553, 2005.

11

Antônia Aquino dos Anjos

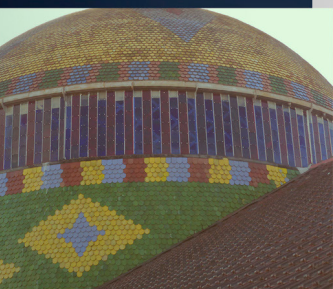
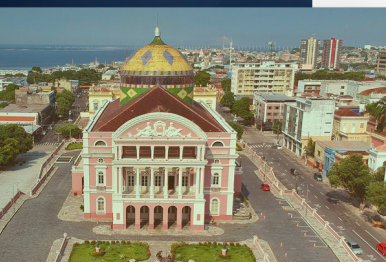
Taiã Mairon Peixoto Ribeiro

Jerfeson Nepumuceno Caldas

O ASSISTENTE SOCIAL NO ACOMPANHAMENTO DOS PACIENTES INTERNADOS POR COVID-19 EM PRESIDENTE FIGUEIREDO-AM:

relato de experiência

SUMÁRIO

**Resumo:**

O profissional de Assistência Social é caracterizado como profissional reconhecido da área da saúde, especialmente por força legal da Resolução Nº 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde. Durante a pandemia, vários profissionais de saúde estiveram na linha de frente com cuidados assistenciais e ambulatoriais aos pacientes internados pela COVID-19. Um profissional de saúde menos destacado, mas não menos importante foi o profissional de assistência social. O presente estudo tem como objetivo caracterizar áreas de atuação e as principais atividades da Assistência Social aos pacientes internados pelo SARS-COV-2 no município de Presidente Figueiredo-AM por meio de estudo exploratório-descritivo com base em relato de experiência de uma profissional do serviço social do município. Foi possível constatar que a Assistência Social foi uma ponte entre o paciente, família e os direitos sociais, constituindo deste modo um dos elos importantes para o resgate da cidadania entre o paciente acamado e a sociedade, especialmente na busca da proteção dos direitos sociais, especialmente aqueles abrangidos pela Carta Magna da República Federativa do Brasil, a Constituição Federal de 1988.

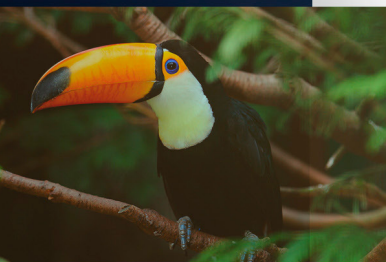
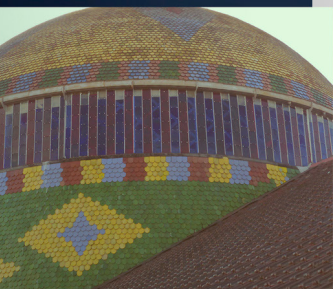
Palavras-chave: Assistência social; Internação hospitalar; SARS-COV-2.

INTRODUÇÃO

A inserção do Assistente Social na saúde se iniciou no final da década de 60, período no qual ocorreu a unificação dos Institutos de Previdência Social (IAPS) e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), e, logo depois surge o Instituto Nacional de Assistência Médica de Previdência Social (INAMPS) (BRASIL, 2002). Desde então, a sua contribuição para as áreas da saúde e da assistência social tem sido determinante no combate às desigualdades em nosso país. Tal reconhecimento culminou com a sanção da Lei N° 8.662, de 7 de junho de 1993, que em seu art. 5° determinou que as atribuições privativas dos Assistentes Sociais são:

Art. 5° Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades

SUMÁRIO



SUMÁRIO



públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional. (BRASIL, 1993).

O serviço social então pôde com o reconhecimento legal da sua categoria reafirmar como seu espaço de trabalho o estudo e a questão social, se caracterizando como o agente de intervenção nas injustiças e desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira (CARVALHO, 2021). E como tal, o serviço social enquanto profissão da saúde por determinação da Resolução N° 218, de 06 de março de 1997 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, se insere no contexto hospitalar como forma de auxiliar os pacientes e familiares na garantia dos direitos sociais e demais benefícios instituídos pelas unidades federativas brasileiras (Prefeitura Municipal, Governo do estado e União).

Devemos ter em mente que a Pandemia de Covid-19 foi uma transformação mundial, em especial na área da saúde, que mostrou de forma escancarada às dificuldades e dilemas dos profissionais tanto do nosso país como do mundo, em especial as necessidades sociais para as camadas mais desfavorecidas. Portanto, todos os profissionais voltados à área da saúde são de suma importância no combate do avanço desta doença é um dos que menos era visto, mas foi e ainda é de fundamental participação, é o profissional de assistência social, que esteve empenhado em fazer o amparo não só dos pacientes como de seus familiares, pois como é de conhecimento geral, o vírus impossibilitou a comunicação de pacientes internados e seus familiares, além disso o profissional foi um elo essencial junto com o paciente para que seus direitos fossem respeitados da melhor forma possível (RODRIGUES; SILVA, 2020).

Considerando o conceito de saúde para além da cura da doença, enquanto bem-estar físico, mental e social, o Serviço Social implementa a política de saúde baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS): Universalidade, equidade, integralidade e participação

SUMÁRIO



popular (MATTOS, 2009). Além de estabelecer um contato com a pessoa doente, o profissional de serviço social busca prestar também um serviço de atendimento para os familiares, desenvolvendo um papel humanizado na área hospitalar.

A humanização dos serviços de saúde, da atenção aos usuários, do trabalho dos profissionais é discutida permanentemente durante toda a graduação (IAMAMOTO, 2014). É necessário que se promova uma profunda discussão quanto à formação dos futuros profissionais de saúde, pois é necessário, além da formação técnica, imprescindível para a prestação de serviços de saúde, preparar estes futuros profissionais para um novo olhar sobre a produção do cuidado em saúde, havendo sempre o respeito para com o paciente, o deixando a par de todas as medidas relacionadas ao seu tratamento, deixando claro que o papel do Assistente Social ali é o de garantir que os seus direitos serão respeitados e suas vontades seguidas, além de ser onde o paciente não seja visto de forma fragmentada, negando sua subjetividade (CARDOSO; RODRIGUES, 2020).

Entre no início do ano de 2020 o Brasil viveu um dos seus mais dolorosos acontecimentos, quando ocorreu a pandemia pelo vírus SaRS-COV-2, onde milhares de pessoas vieram a óbito e milhares de outras ficaram internadas, fazendo com que o sistema de saúde pública entrasse em colapso (SOUZA, 2020).

O Brasil se mostrou despreparado para algo da magnitude que foi a pandemia, poucos recursos, infraestrutura e profissionais, além de não saber como agir mediante os milhares de pacientes doentes, porém, nesse cenário tumultuoso que os Assistentes Sociais, foram de relevante importância, pois eles serviam como porta voz, para aqueles que estavam internados sem comunicação com seus familiares, um portador para que os direitos dos pacientes fossem mantidos, além de fazer um acolhimento com os familiares quando necessário (CAMPOS; CANABRAVA, 2020) . O profissional teve que trabalhar muito além, teve

SUMÁRIO



que lidar com familiares e pacientes desesperados por notícias, com medo, dúvidas e indo muitas das vezes além do atendimento hospitalar, fazendo um atendimento humanizado da forma mais ética possível (FREIRE *et al.*, 2021).

O Assistente Social deve ainda procurar saber além do que a paciente conta saber se há históricos recorrentes, se o seu problema está ligado a problemas familiares de caráter físico, se não tem interferência do meio físico ao qual é inserido, além de sempre repassar para família quaisquer que sejam as medidas e que lhe cabem aos familiares e/ou acompanhantes, para que eles estejam cientes das normas, procedimentos e ações que serão tomadas a respeito do paciente (RUEDA; SILVA, 2021).

Outro trabalho é a elaboração de relatórios sociais e pareceres sobre matérias específicas do serviço social, independente dos locais de atuação manter sempre relatórios atualizados sobre ações realizadas, medidas tomadas, para que haja quando necessário material de apoio ou comprovação necessário em variadas situações (ZENERATTI; GUEDES, 2017).

Deve-se sempre procurar meios de melhorar o atendimento, independentemente do cenário ao qual se encontrar o profissional, ele deve sempre oferecer o melhor atendimento ao usuário e tudo isso começa tendo uma boa ética no local de trabalho, uma dinâmica mais humanizada, sabendo ouvir e respeitando os limites do paciente, além de procurar sempre o deixa confortável e sendo claro sobre tudo aquilo que o cerca mediante seu tratamento (MARTINELLI, 2011).

A presente pesquisa tem por finalidade compreender o enfrentamento das expressões da questão social, com atuação profissional do serviço social em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação dos determinantes sociais, econômicos e culturais das desigualdades sociais, mediante estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços que efetivem o direito social à saúde.

SUMÁRIO



Com base neste disposto, objetivou-se com a presente revisão de literatura descrever e apontar as principais atribuições, competências e atividades bem como formas de aperfeiçoar o atendimento em Assistência Social aos pacientes internados pela COVID-19 em ambiente hospitalar.

Questão de pesquisa

Quais as principais atividades da Assistência Social aos pacientes internados pelo SARS-COV-2 no município de Presidente Figueiredo-AM?

Objetivo Geral

Caracterizar as áreas de atuação e as principais atividades da Assistência Social aos pacientes internados pelo SaRS-COV-2 no município de Presidente Figueiredo-AM.

Objetivos Específicos

- Descrever as áreas de atuação do profissional de assistência social;
- Identificar as atividades da Assistência Social aos pacientes internados pelo SaRS-COV-2 no município de Presidente Figueiredo-AM.

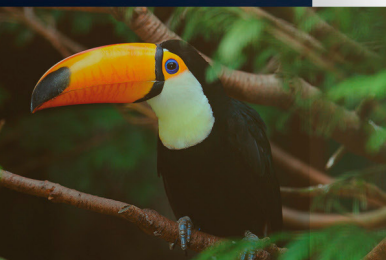
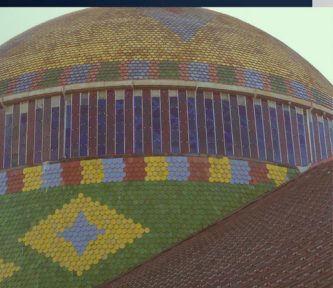
SUMÁRIO

Justificativa

Este estudo justifica-se pela busca do conhecimento científico quanto à importância do Assistente Social no âmbito hospitalar direcionado ao atendimento do paciente acometido por Covid-19, assim como seus familiares, sendo um assunto de grande importância para todo o sistema de saúde para que possa averiguar como se constitui as áreas de atuação do serviço social na dinâmica de um hospital.

O conhecimento a respeito das competências e atribuições do Assistente Social no âmbito hospitalar permite aos gestores e profissionais de saúde ter uma melhor compreensão como se dá o processo de trabalho da Assistência Social tanto aos pacientes com restrição de locomoção, quanto aos com menos restrição, na conquista dos direitos sociais garantidos pelo arcabouço legal e social brasileiro.

A adequada compreensão do trabalho do serviço social permite que os Assistentes Sociais possam ter mais facilidade nos atos profissionais, bem como estabelecer cooperação com as diferentes categorias da saúde, numa proposta multidisciplinar, haja visto que o serviço social é uma ciência que nasce de uma integração de conhecimentos advindos das ciências jurídicas, ciências da saúde e das ciências sociais como o objetivo de garantir e permitir o acesso dos usuários dos sistemas de saúde aos benefícios, programas e projetos sociais, inclusive aqueles acometidos por doenças e agravos, bem como aos seus familiares e acompanhantes.



SUMÁRIO



REVISÃO TEÓRICA

O Assistente Social se insere na alta complexidade em saúde em decorrência do princípio da integralidade no contexto do Sistema Único de Saúde, e necessita da comunicação e articulação entre os pacientes e demais profissionais de saúde, com objetivo de dar o melhor tratamento físico, emocional e social ao usuário (ANDREANI *et al.*, 2021). Os sistemas de saúde não devem então ofertar os seus serviços de forma fragmentada, mas de forma integrada, com os serviços de saúde e proteção social se complementando, considerando o ser humano em uma visão holística e numa dimensão biopsicossocial que é afetado pelos determinantes sociais e ambientais (CARNUT, 2017). Nesse contexto, as condições de vida dos pacientes constituem um empecilho ao pleno tratamento pelas unidades de saúde, que em resposta a tal desafio delegam aos profissionais do serviço social tal atribuição (MORAES *et al.*, 2018).

Os determinantes sociais são uma constante preocupação pelos profissionais de serviço social, porém tais determinantes não são considerados como relevantes pelos outros profissionais da saúde, o que dificulta um atendimento mais humanizado, em especial quando os pacientes se encontram socialmente vulneráveis ou fragilizados (XAVIER; LOPES, 2016). Desta forma para atingir os determinantes sociais de forma completa as necessidades além do campo médico, o profissional de serviço social age por meio de processos político-organizativos, processos socioassistenciais e processos de planejamento (MORAES *et al.*, 2018).

Pessanha e Moraes (2020) ao estudar as principais atividades do serviço social no contexto hospitalar observaram que o profissional é mais demandado quando há necessidade por outros profissionais de saúde de realizar o contato com familiares, realizar visita domiciliar,

SUMÁRIO



confeccionar as declarações de internação ou para os acompanhantes, comunicar a alta na ala pediátrica e de clínica médica, participar da comunicação de óbito, além da notificação de suspeita ou confirmação de violência contra grupos vulneráveis (idosos, mulheres, crianças e adolescentes). Moraes *et al.* (2018) por sua vez identificou outras atividades ao estudar as atividades às quais os Assistentes Sociais eram demandados como por exemplo as orientações diversas sobre tratamento de saúde, curatela, tutela, atestados médicos, dúvidas sobre benefícios sociais (INSS, DPVAT e outros), exigência de um melhor tratamento ao paciente, encaminhamentos para os outros serviços de saúde ou para a rede de proteção socioassistencial, mediação de conflitos internos familiares e da equipe de saúde. Durante a pandemia de COVID-19, o processo do serviço social foi dificultado, em parte porque muitas instituições para proteger devidamente a saúde de seus colaboradores passaram a adotar o atendimento de forma remota, em especial as instituições jurídicas (Tribunais de Justiça, Conselhos Tutelares, órgãos de Polícia e Defensorias) e de caráter social (Centros de Referência em Assistência Social) (ALENCAR *et al.*, 2020).

Discutir com os familiares sobre a necessidade de apoio na recuperação e prevenção da saúde do paciente, essa última e não menos importante, é uma das funções mais importantes que o Assistente social precisa seguir sempre conscientizar os familiares, acerca dos atendimentos, consultas, tratamentos, os fazendo terem a consciência que a doença atinge a todos mesmo que de forma indireta, fala sobre as prevenções a serem tomadas, assim como incentivar o usuário a seguir os tratamentos corretamente (FASSARELA *et al.*, 2013). Os contatos com os familiares tornam-se então parte natural do processo, tendo em vista que o cotidiano está em sua maior parte voltado para esse tipo de atendimento, particularmente nas situações de transferências, comunicações de boletins diários e de notícias desconfortáveis (ALENCAR *et al.*, 2020).

SUMÁRIO



Outras atribuições que ocorreram por estado de necessidade durante a pandemia foi informar sobre a internação, vetar acompanhantes, notificar as medidas a serem tomadas sobre o enterro, onde não poderia ocorrer velório, tudo isso exigiu do profissional mais humanismo (CANUTO *et al.*, 2021). Por ser uma categoria referência no processo da escuta qualificada aos pacientes, o profissional do serviço social torna-se muitas vezes uma referência na resolução de situações, que em determinados momentos podem não ser da sua alçada laboral (SANTOS *et al.*, 2015). Desta forma é essencial a compreensão da dimensão do trabalho do serviço social, particularmente no momento da emergência sanitária criada pelo SaRS-COV-2 comprovando que o Estado ainda é a única instância com capacidade para responder a necessidade do controle de pandemia e dos usuários terem tratamento digno e favorecer políticas sociais que minimizem ou reduzam o impacto dos determinantes sociais no tratamento de pacientes internados devido a infecção por COVID-19 (LOIOLA; CAVALCANTE, 2021). Isso demonstra que os Assistentes Sociais se encontram também na “linha de frente” no combate ao vírus, pois ao mesmo tempo que devem ter acesso aos pacientes na área hospitalar, estes também devem entrar em contato com os familiares e com outras instituições, sendo observado por Soares *et al.* (2021) o óbito de profissionais do Serviço Social decorrente das atribuições ocupacionais.

Diante da pandemia de COVID-19, as desigualdades que já eram presentes antes, se agravaram, interferindo na condição clínica do paciente e na condição socioeconômica dos pacientes internados, tendo em vista que muitos pacientes possuíam uma rotina de trabalho formal ou informal, tendo suas necessidades sociais fortemente atingidas pela redução da atividade econômica no Brasil (WOITEZAK *et al.*, 2021).

Nesse processo de atendimento a comunicação é fundamental, tanto é que consta no Código de Ética do Serviço Social o dever de socializar as informações, inclusive nas matérias que não são de

SUMÁRIO



competência, porém se fazem necessários para o devido processo de orientação social à população (MATOS, 2021).

Portanto, observa-se, tanto dentro ou fora do período epidêmico o Assistente pode e dever ser inserido no Sistema único de Saúde como forma de garantir o devido atendimento social inerente a um conceito de saúde em seu aspecto mais amplo, o que traz mais eficácia ao tratamento e maior qualidade de vida para a população brasileira.

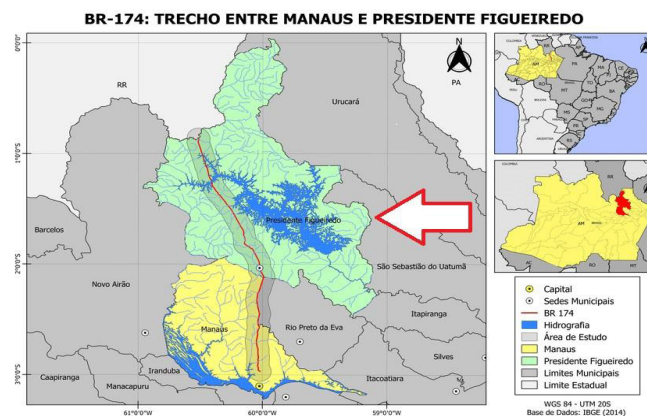
METODOLOGIA

O presente estudo classifica-se como relato exploratório e descritivo de experiência de profissionais de ensino superior da área de serviço social no contexto hospitalar em um hospital geral do município de Presidente Figueiredo-AM. O relato foi realizado no período de 10 de março de 2020 a 23 de julho de 2022.

De acordo com Casarin e Porto (2021), embora no relato de experiência não haja a necessidade de aprovação em comitê de ética, o estudo deve seguir a legislação ética no assunto. Portanto, não houve identificação da profissional envolvida e não foram aplicados questionários, formulários ou entrevistas, tendo sido observado os preceitos éticos contidos na Resolução N^o 466/2012 que determina os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos no território brasileiro.

A área de estudo será o município de Presidente Figueiredo (Figura 1), localizado a 107 quilômetros de Manaus, no norte do estado do Amazonas, em região limítrofe com o estado de Roraima (SILVA; MOLINARI, 2014).

Figura 1 – Mapa esquemático da localização do município de Presidente Figueiredo-AM



Fonte: Adaptado de Vidal & Silva-Neto (2019).

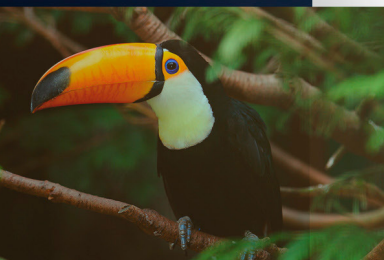
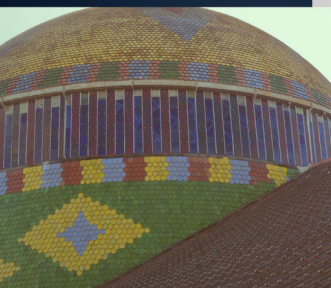
A coleta de dados foi baseada no relato espontâneo dos profissionais de serviço social do Hospital Geral do município que descreveram suas experiências com livre arbítrio e compartilharam suas dificuldades e desafios durante o período de pandemia.

A análise decorreu da interpretação das atividades profissionais relatadas à luz da literatura científica prévia sobre o assunto, explorando as similaridades, convergências e divergências, permitindo estabelecer a realidade do atendimento social hospitalar no município de Presidente Figueiredo-AM.

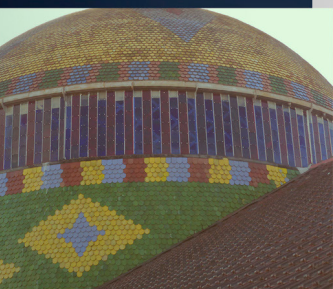
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Assistente social foi de suma importância, no contexto de acolhimento e humanismo na assistência aos pacientes internados

SUMÁRIO



SUMÁRIO



acometidos pela Covid-19, e, além disso, exerceu papel fundamental no acolhimento dos familiares, servindo assim como ponte para todos os campos que norteiam as necessidades do usuário, além de relatar como é essa comunicação, o assistente social fica responsável por tudo que tange o setor social do paciente, informes administrativos e de cuidados pessoais, orientando a família quanto a cuidados, necessidades do paciente o direito e deveres que o internado e a família possuem (LOIOLA; CAVALCANTE, 2021).

Durante o relato de experiência foi observado que os Assistentes Sociais lotados no setor de internação do Hospital Geral de Presidente Figueiredo estavam envolvidos no atendimento direto e indireto aos usuários e familiares. O trabalho foi exaustivo com momentos de tristeza quando no momento de encaminhamentos de velórios, porém também de alegria com a alta de pacientes e a aprovação de benefícios sociais para os pacientes e familiares.

Foi relatado a realização do contato com a rede de apoio e de proteção social do paciente bem como dar os devidos encaminhamentos. O paciente internado tem a sua mobilidade reduzida, seja pela necessidade de isolamento, seja pelos fatores impeditivos inatos da doença, em especial, a dificuldade respiratória. Nesta dinâmica foi que o profissional de Assistência social entrou em uma ação diferenciada da qual já exercia nos hospitais, indo além de fazer regulações, realocações de pacientes, direcionar paciente dentro do hospital ou tentar resolver situações de cunho social, particularmente dos benefícios especiais sociais (FREITAS, 2021). Foi relatado pelo profissional de Assistência Social que durante a internação muitos pacientes que estavam em faixa etária produtiva para o trabalho ficaram impedidos e isso veio a impactar o orçamento familiar, com um agravante quando os mesmos possuíam crianças. Portanto, o trabalho do Serviço Social foi além da rede de apoio hospitalar, pois os profissionais muitas vezes (informação pessoal) tiveram que se deslocar até a residência dos pacientes

SUMÁRIO



internados para orientar a família, requerer documentos e possibilitar o acesso aos programas sociais das unidades federativas brasileiras. As visitas domiciliares ocorreram, segundo relato dos profissionais, quando se deveria conhecer as condições e dinâmica da organização familiar dos usuários, quando identificadas fragilidades emocionais e sociais, e bem como nos casos de pouca adesão ao tratamento.

Um profissional ressaltou ainda que após a sobrevivência ainda pode ocorrer sequelas, que podem impedir total ou parcialmente as atividades laborais dos pacientes, necessitando da rede de proteção social que o município, estado e união oferecem. No Brasil, as condições financeiras para as camadas sociais mais pobres foram impactadas mais fortemente do que as classes mais abastadas, condição que o Serviço Social se mostrou ainda mais necessário, com a manutenção e atualização das redes de Cadastro Social (LOIOLA; CAVALCANTE, 2021).

O trabalho do serviço social de proteção aos familiares se deu principalmente por orientações para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio-doença para os pacientes contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), ao cadastro dos programas sociais da prefeitura municipal de Presidente Figueiredo e do estado do Amazonas. Além disso foi frequente o auxílio nos Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) para orientação quanto ao uso do aplicativo da Caixa Econômica Federal para o Auxílio Emergencial. Isso foi observado também por Silva *et al.* (2021) que destacaram a contribuição dos profissionais do serviço social aos beneficiários do auxílio, oferecendo orientações em relação aos problemas decorrentes no processo de seleção e a implementação do Auxílio Emergencial. Para isso o profissional de serviço social objetivou a identificação da situação sociofamiliar em seus aspectos trabalhistas, habitacionais e previdenciários com vistas a construção do perfil socioeconômico para possibilitar a formulação de estratégias de intervenção.

SUMÁRIO



Outro relato de Assistente Social participante do estudo foi que houve a necessidade de contatos com a equipe multiprofissional para viabilizar o atendimento da demanda apresentada, tendo em vista que alguns benefícios dependem de laudo médico ou de outros profissionais, bem como os resultados de alguns exames que porventura sejam necessários para a concessão dos benefícios assistenciais ou mesmo para auxiliar na continuidade do tratamento, caso os familiares estivessem tendo dificuldades. Isso é corroborado por Rueda e Silva (2021) que indicaram que outro papel do Serviço social é discutir com os demais membros da equipe de profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos de saúde sobre a problemática de cada paciente interno e interpretando a situação social e econômica dele, sendo essencial participar de reuniões técnicas da equipe interdisciplinar, sempre buscar estar a par do que ocorre dentro do hospital para saber se as novas medidas adotadas não ferem os direitos dos pacientes, além de sempre estar pronto para dar sugestões para facilitar o atendimento. Ao fazer acompanhamento social do tratamento da saúde há a necessidade de que o profissional acompanhe o tratamento daquele paciente, para saber se a recuperação ou tratamento do mesmo está surtindo os efeitos desejados, para que seja mantido sobre controle evitado assim que futuros casos aparecem em seu núcleo familiar (RUEDA; SILVA, 2021).

Outro fator frequentemente relatado ocorrido em Presidente Figueiredo-AM, foi o acompanhamento sistemático dos pacientes internados, com vistas a fortalecer os vínculos tanto com os profissionais de saúde, quanto com os familiares, identificando demandas e realizando orientações e encaminhamentos necessários. Segundo Ramos (2012) é necessário estabelecer confiança entre familiares e os profissionais de saúde a fim de que se tenha efetividade no tratamento, contudo apenas com uma adequada comunicação adaptada à realidade do indivíduo. Essa parceria é primordial para que haja sempre colaboração de ambos os lados, por isso sempre que um paciente estiver com acompanhante, deve haver diálogo com o mesmo para saber um

SUMÁRIO



pouco mais sobre a situação social, cultural e até mesmo econômica que esse paciente se encontra, para que se haja a necessidade o profissional possa intervir (PERES; LOPES, 2012). O profissional deve ainda estimular o usuário a participar do seu tratamento, deve ter em mente que aconselhar o paciente e familiares a seguirem à risca o tratamento do que lhe tem acometido e uma segurança de que o mesmo deixará de ser uma preocupação de caráter negativo, fazendo que o mesmo se restabeleça mais rápido (RUEDA; SILVA, 2021).

Em situações de óbito, os Assistentes Sociais do município tiveram que realizar o acolhimento junto aos familiares, em especial dos encaminhamentos legais e necessários para proceder com o procedimento de velório, tendo em vista a presença ou ausência de condições financeiras, além da disponibilidade de programas sociais de apoio em caso de óbitos de pacientes domiciliados no mesmo município ou o traslado para outros municípios. No município ocorreram muitos encaminhamentos para familiares no tocante a obtenção do registro de óbito (certidão de óbito) que ocorria nos Cartórios de Registro Civil quando apresentada a Declaração de óbito emitida pelo Instituto Médico Legal (IML) ou pela Unidade de Saúde, além da necessidade documental dos familiares. Já para os usuários sem familiares identificados era necessária a busca em órgãos de rede de apoio social ou da segurança pública para buscar informações e dados, especialmente no caso da população vulnerável em situação de rua.

Foram também realizadas abordagens grupais de cunho socioeducativo em todas as enfermarias, para possibilitar aos pacientes conhecer seus direitos e também estimulá-los a procurar os Assistentes Sociais para uma escuta qualificada, pois muitos ainda possuíam constrangimento de abordar aspectos de necessidade da sua vida particular. O primeiro passo para que se haja um bom atendimento e entendimento do paciente é a comunicação com o mesmo, para que possa haver interação e uma análise do profissional, um paciente internado requer uma atenção mais direcionada, pois o estresse de estar

SUMÁRIO



em um hospital, com uma doença que está matando uma grande parte da população deixa-os cada vez mais preocupados, muitos pacientes não poderem ter acompanhantes, esse fato por si só já os deixava bastante nervosos, em buscas de notícias dos familiares, o mesmo acontecia com os familiares dos pacientes, por conta do isolamento, o contato era através de terceiros (LEWGOY; SILVEIRA, 2007). Durante a assistência social o profissional deve informar e discutir com os usuários acerca dos direitos sociais, manter o usuário sempre ciente dos direitos que lhe cobrem, dentro do hospital e fora dele e que assim como os direitos ele também tem deveres (MARTINELLI, 2011). Deve-se deixar sempre claro que o direito dele como paciente sempre deve ser mantido mediante suas escolhas.

No que se refere aos direitos que o paciente internado tem acerca da assistência do profissional de assistência social, se destaca a humanização que ele traz para o cenário caótico que o paciente se encontra. Essa assistência traz ao paciente a segurança de colaborar ao tratamento e torna a internação a mais pacífica possível. O diálogo e a comunicação feitas de forma mais frequente ao longo da internação garante que o paciente se recupere de forma mais rápida e menos agressiva.

Durante a pandemia este profissional também se expôs a infecção por ter de se deslocar por locais com algum tipo de aglomeração ou risco (hospitais) ou pelo atendimento direto da população. Leal *et al.* (2022) constataram a morte notificada de 110 profissionais do serviço social no Brasil entre março de 2020 e maio de 2021, sendo que a maioria eram mulheres entre 41 a 60 anos, que atuavam no Sistema Único e que se encontrava na Região Norte, em especial no estado do Amazonas (maior número de assistentes sociais mortas em decorrência de COVID-19; n=13 óbitos). Num primeiro momento da pandemia houve duas tensões no ambiente hospitalar tendo em vista as dificuldades de acesso a equipamentos de proteção individual (EPI) e a não compreensão das atribuições e competências profissionais (SOARES *et al.*, 2021).

SUMÁRIO



Há o que ser melhorado no que se refere à Assistência Social, pois muitas vezes esse profissional é deixado de lado nas tomadas de decisões aos pacientes sem levar em consideração que há uma gama de situações que as cercas, neste período de pandemia foram possíveis observarem o quanto esse profissional é necessário dentro do âmbito hospitalar, desde a admissão do paciente até a alta, garantindo assim que o paciente tenha um atendimento, internação e alta de qualidade e humana. Em face do cenário atual, o profissional de assistência social ainda continua na luta, pois ainda estamos enfrentando a pandemia, hoje com menos mídia, mas ainda letal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atuação do profissional de Assistência Social foi fundamental no município de Presidente Figueiredo-AM e constituiu como um grande auxiliar no que condiz a assistência ao paciente internado, pois houve a oferta de proteção social a fim de que seus direitos fossem respeitados, assim como de seus familiares. Mediante a isso observamos que o assistente social assumiu papéis mais profundos, estando ativamente em contato com o paciente em vários momentos ao longo do seu tratamento, mesmo após a sua alta hospitalar, o que antes era limitado a algumas situações, passaram a ser totalmente integradas.

Dessa maneira enfatiza-se a formação humana do Serviço Social, que aflora assim o lado mais humano dos outros profissionais, bem como teve de se reinventar com as novas medidas adotadas, os modos de trabalhar, a forma de acolher, tudo em absoluto foi inteiramente modificado devido à pandemia do Covid-19, mas isso não interferiu na intensidade de ajudar o próximo, a montagem do trabalho em si, nos cuidados com o paciente internado, seus acompanhantes e os familiares, pois o cuidar não se limita somente a quem está internado, mas também a sua rede de apoio emocional.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, B.C.S.; OLIVEIRA, F.B.; SILVA, M.L.; CUNHA, R.B. COSTA, S.R.M. Serviço social e educação permanente frente ao covid-19. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v.14, n.1, p.167-171, 2020.

ANDREANI, J.F.; DIAS, M.T.G.; DALPIAZ, A.K. Reflexões acerca das requisições ao trabalho do/a assistente social na alta complexidade em saúde. **Revista Serviço Social em Debate**, Carangola, v. 4, n. 2, p. 151-169, 2021.

BRASIL. Lei 8.662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n.107, p.1, 8 jun. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 45 p.

CAMPOS, F.C.C.; CANABRAVA, C.M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. especial, p. 146-160, 2020.

CARDOSO, P.F.G.; RODRIGUES, T.F. Serviço social e formação permanente: possibilidades de superação de cotidianos de alienação. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 72-80, 2020.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.41, n.115, p.1177-1186, 2017.

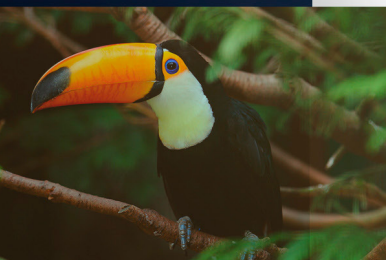
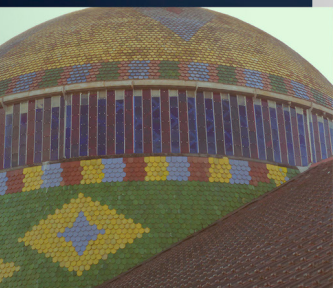
CARVALHO, D.J.S. As competências e atribuições do assistente social no contexto hospitalar. **Revista Científica Integrada**, Guarujá, v.5, n.1, p.1-13, 2021.

CANUTO, O.M.C.; GADELHA, E.S.C.; SANTOS, R.B. O serviço social no processo de comunicação em situações críticas. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v.15, n.2, p.74-80, 2021.

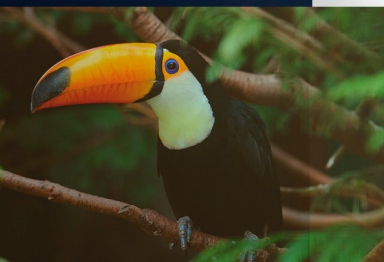
CARVALHO, D.P.; MOLINARI, D.C. Caracterização Das Voçorocas Na Br 174: Trecho Manaus – Presidente Figueiredo (Amazonas). **Revista Geográfica Acadêmica**, Boa Vista, v.8, n.2, p. 5-19, 2014.

CASARIN, S.T.; PORTO, A.R. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v.11, n.2, p.1-3, e2111221998, 2021.

SUMÁRIO



SUMÁRIO



FASSARELLA, C.S.; BUENO, A.A.B.; GUARILHA, J.B.; ANDRADE, M.A. Comunicação no contexto hospitalar como estratégia para a segurança do paciente: Revisão integrativa. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias, v. 7, n.1, p.1-16, 2013.

FREIRE, M.C.; ALVES, E.M.; SIQUEIRA, M.Z.; SILVA, R.V.; TEIXEIRA, M.A.C. O desafio do serviço social no cuidado humanizado aos familiares de pacientes internados com covid- 19 no ambiente hospitalar. **Gep News**, Maceió, v.5, n.1, p.312-314, 2021.

FREITAS, R.M. Serviço Social, Assistência Social e a pandemia da COVID-19: desafios e apontamentos. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 21, n.2, p. 653-676, 2021.

IAMAMOTO, M.V. A formação acadêmico-profissional no Serviço Social brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 120, p. 609-639, 2014.

LEAL, F.X.; GARCIA, M.L.T.; SILVA, M.C.P.; MOISÉS, N.G.M. A morte por COVID-19 bate à porta das/os assistentes sociais no Brasil. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v.22, n.1, p. 194-211, 2022.

LEWGOY, A.M.B.; SILVEIRA, E.M.C. A entrevista nos processos de trabalho do assistente social. **Revista Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 6 n. 2 p. 233-251, 2007.

LOIOLA, E.M.; CAVALCANTE, N.C. Os impactos do coronavírus no trabalho do/a assistente social: desafios e impasses. **Cadernos ESP**, Fortaleza, v.15, p. 110-121, 2021.

MARTINELLI, M.L. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 497-508, 2011.

MATOS, M.C. (Des)informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia tempos de pandemia da Covid-19: uma questão da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v.19, n.48, p.124-138, 2021.

MATTOS, R.A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, v.13, suplemento n. 1, p.771-780, 2009.

MORAES, C.A.S.; SILVA, L.A.; ARAÚJO, M.M.; BOTELHO, T.M.; CORDEIRO, A.P.P. Serviço Social e trabalho profissional em hospital. **Vértices**, Campos dos Goytacazes, v.20, n.3, p. 372-384, 2018.

SUMÁRIO



PERES, G.M.; LOPES, A.M.P. Acompanhamento de pacientes internados e processos de humanização em hospitais gerais. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v.10, n.1, p.17-41, 2012.

PESSANHA, C.C.; MORAES, C. Emergência hospitalar e serviço social: desafios à construção da integralidade da atenção à saúde. **Revista Mundo Livre**, Campos dos Goytacazes, v. 6, n.2, p. 306-324, 2020.

RAMOS, M. N. P. Comunicação em Saúde e Interculturalidade – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, p. 1-19, 2012.

RODRIGUES NH, SILVA LGA. Gestão da pandemia Coronavírus em um hospital: relato de experiência profissional. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v.10, número especial, p.1-6, e20104004, 2020.

RUEDA, M. F.; SILVA, S.C. A atuação do Assistente Social na alta hospitalar do Hospital Universitário Regional dos Campos Gerais no contexto da humanização e integralidade em saúde. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v.16, n.1, p.1-18, e-2957, 2021.

SANTOS, N.C.; ELEUTÉRIO, A.P.S.; LIMA, R.L. O fazer profissional do/a assistente social na unidade de terapia intensiva do HUOL: uma análise sob o olhar dos usuários. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 17, n. 2, p.146-168, 2015.

SILVA, M.O.S.; SOUSA, M.P.S.; LIMA, V.F.S.A. Auxílio emergencial e trabalho do Serviço Social no contexto da Covid-19. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, v.19, n.48, p.107-123, 2021.

SOARES, R.C.; CORREIA, M.V.C.; SANTOS, V.M. Serviço Social na política de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 140, p. 118-133, 2021.

SOUZA, D.O. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, suplemento 1, p.2469-2477, 2020.

TEJADAS, S.S.; JUNQUEIRA, M.R. Serviço Social e pandemia: desafios e perspectivas para a atuação no sociojurídico Social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n.140, p. 101-117, 2021.

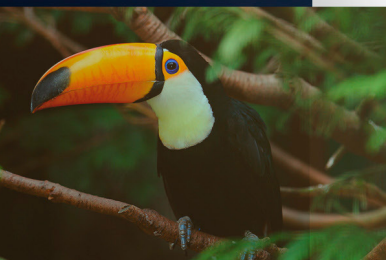
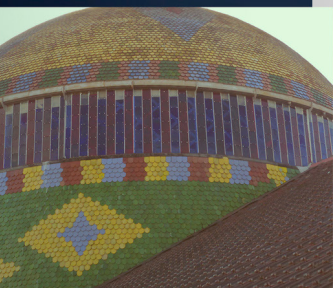
VIDAL, B.S.; SILVA NETO, J.C.A. **Análise do potencial à erosão laminar na BR-174 (Entre Manaus e Presidente Figueiredo (AM)).** In: PINHEIRO, L.S.; GORAYEB, A. (Org.). Geografia Física e as Mudanças Globais. Fortaleza: Editora da Universidade Federal do Ceará, 2019, v. 01, p.1-14.

WOITEZAK, D.S.; SANTOS, T.F.F.; TALLAMINI, E.C.Z. Residência em Serviço Social na unidade de terapia neonatal diante da covid-19: relato de experiência. **Revista de Ciência & Humanização**, Passo Fundo, v.1, n.1, p.62-73, 2021.

XAVIER, PR.H.; LOPES, S.M.B. As práticas do Assistente Social e sua articulação com a Equipe de Saúde de um Hospital de Curitiba. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 18, n.2, p.132-150, 2016.

ZENERATTI, G.M.; GUEDES, O.S. Dilemas éticos e a elaboração de relatórios sociais. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 363-372, 2020.

SUMÁRIO



12

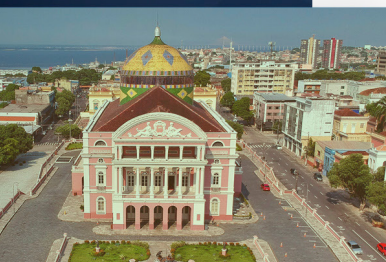
Jailson Silva Ferreira

Jerfeson Nepumuceno Caldas

PANDEMIA DE COVID-19:

perspectivas futuras
da gestão de saúde
pública no Brasil

SUMÁRIO

**Resumo:**

A pandemia de covid-19, demonstrou que muito tem a se aprender com a saúde pública. Em meio a tantos erros e acertos da pandemia, mostrou a fragilidade da saúde pública ao mesmo tempo colocou o seu humano em novos desafios. Desafio estes que levaram a muitos óbitos e a mudanças de hábitos também. Como objetivo deste estudo é entender que o sistema público de saúde conseguiu aprender com esta pandemia ao mesmo tempo entender como o sistema de saúde colapsou e por fim entender as perspectivas futuras a respeito do efeito pandêmico. Para atingir este objetivo foi realizado uma revisão de literatura com base acadêmica Scielo, Lilacs, pubmed com artigos nos anos de 2017 a 2022. Como resultado ficou evidente que a pandemia trouxe novos descobrimentos, a saúde pública viveu seu pior e melhor momento, entre tantas mortes os avanços que tiveram foram muito maiores do que nos últimos 10 anos. Desta forma conclui-se que a pandemia de covid-19 mostrou que estamos a todo momento em completa transformação e que estudar, pesquisar, criar é preciso. As perspectivas para o futuro é que a saúde pública possa enfrentar uma nova pandemia sem enfrentar tantos problemas, demonstrando que investimento em saúde é muito mais do que necessário.

Palavras-chave: Saúde Pública; Pandemia; Gestão em saúde.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2, como uma pandemia. No momento da redação deste artigo, são mais de 6,3 milhões de infectados, com mais de 80 mil mortes (taxa de letalidade de 5,9%), em todos os países do mundo. No Brasil, o país mais afetado da América do Sul, são cerca de 593.000 casos e mais de 674.000 mortes (taxa de letalidade de 2%%) (SANTIAGO *et al*, 2022).

A pandemia provou ser um problema que pode impactar profundamente a economia global: trilhões de dólares evaporaram das bolsas mundiais, antes de fecharem suas portas para evitar o colapso absoluto, seja porque seus operadores adoeceram, ou pela queda de seus ativos financeiros. (MENEZES *et al*, 2021). Milhões de pessoas perderam seus empregos, pelo menos temporariamente, e muitos outros trabalhadores informais, excluídos dos esquemas de proteção social, foram forçados por governos desinformados a uma escolha trágica: ou saem de suas casas para ganhar o pão e se expõem ao vírus ou ficar em isolamento social e passar fome (DOMINGUES, 2021).

Os governos tiveram que abrir seus cofres e gastar em serviços de saúde, em ajuda econômica a empresas e trabalhadores (nessa ordem) ou ver a situação social e sanitária se deteriorar ainda mais. O G20 prometeu injetar US \$4,8 trilhões na economia global, os Estados Unidos destinaram US \$2,3 trilhões para estimular a economia nacional, mas não investiram nada em ajuda internacional ou em saúde global, na qual o país já foi um dos campeões (MIRANDA *et al*, 2020). No Brasil, os números divulgados pelo governo federal são imprecisos, mas um Sistema Único de Saúde (SUS) sucateado há muito tempo enfrenta um perfil complexo de problemas de saúde, a maioria deles determinados ou condicionados pela imensa desigualdade socioeconômica vigente (CASTRO, 2021).

SUMÁRIO



No combate à pandemia, foi recomendado para o setor de saúde que fosse implementado quatro estratégias importantes: a) promoção e prevenção social por meio do distanciamento social, isolamento de casos positivos, uso de máscaras e lavagem das mãos, b) atendimento especializado por meio do acompanhamento epidemiológico e ampliação da oferta hospitalar e de cuidados intensivos, c) fortalecimento dos cuidados de saúde no primeiro nível através da implementação da telemedicina, teleorientação e formação de equipas de resposta rápida e 4) estratégia de imunização em massa (CARDOSO *et al.*, 2020).

Para tanto, o papel da mídia é fundamental para garantir que as medidas de saúde pública sejam implementadas de forma eficaz e que a população siga os conselhos e a educação das autoridades políticas. Esta estratégia implica uma comunicação regular, atempada e precisa através de informação credível baseada em evidência científica que serve para tomar as decisões certas (KUBO, 2020).

Segundo as autoridades sanitárias, a antecipação da implementação das recomendações de prevenção da doença serviu para economizar tempo e, assim, aumentar a infraestrutura de saúde, ampliar a capacidade de leitos instalados nas unidades de terapia intensiva, preparar zonas de isolamento em clubes, centros educacionais e recreativos, aumentar e treinar o pessoal de saúde em cuidados intensivos e tentar evitar o colapso do sistema de saúde pela impossibilidade de atender às demandas de saúde que o coronavírus provoca quando atinge idosos ou portadores de doenças pré-existentes (BRITO *et al.*, 2020). Neste contexto, a questão de pesquisa é: o que o sistema público de saúde do Brasil aprendeu com os efeitos da pandemia de covid-19?

Objetivo Geral

Apontar os principais pontos de aprendizagem da gestão do sistema público de saúde com a pandemia de COVID-19

SUMÁRIO

Objetivos Específicos

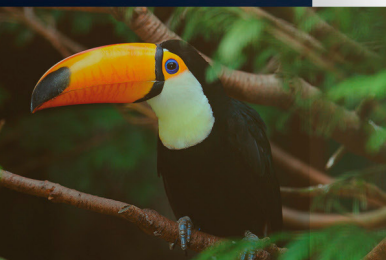
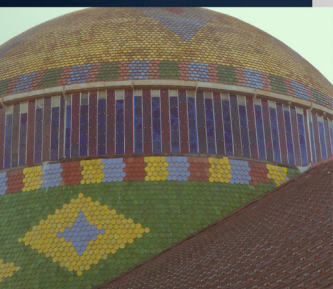
- Compreender o que foi a pandemia de covid-19 a nível mundial e a nível Brasil;
- Verificar como e porque o sistema de saúde pública do Brasil colapsou;
- Explicar as perspectivas futuras a respeito do efeito pandêmico na gestão de saúde do Brasil.

Justificativa

Muitas ações foram promovidas durante a pandemia que exigiram inúmeras estratégias de saúde pública que ajudassem a minimizar os impactos da pandemia. Neste pós-pandemia é necessário que essas ações e estratégias se consolidem, não apenas diante das novas emergências, mas também para enfrentar todos os velhos desafios da saúde pública.

Da mesma forma, o país reconheceu o papel das equipes de saúde em seu contexto geral, que sempre foi fundamental, bem como dos muitos profissionais que atuam em programas para a saúde comunitária, mas cujo trabalho efetivo e silencioso não atrai manchetes. Foi necessária uma pandemia para que demonstrasse o colapso na saúde pública nos três postos de atenção (primária, secundária e terciária).

Com entendimento que a pandemia de covid-19 foi possível analisar que o Brasil tinha e tem um sistema fraco e que em pandemia futuras precisará estar preparado para atender a população da melhor forma possível, assim como criação de novos protocolos de emergência precisam surgir e o que se aprendeu com a pandemia de covid-19 possa servir de exemplo para pandemias futuras.



SUMÁRIO

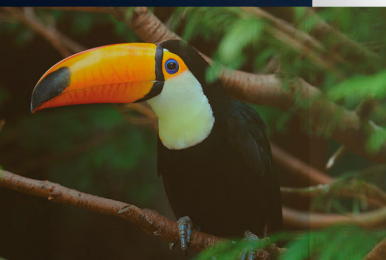
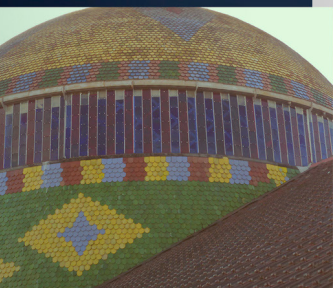
REVISÃO TEÓRICA

**Pandemia do século XXI:
COVID-19, patologia inesperada**

No período de 2019 a 2020, o mundo viveu mais uma guerra, porém ao contrário do que se imagina esta guerra não foi entre países, mas uma verdadeira guerra biológica, ou seja, um vírus que há menos de um ano infectou milhares de pessoas e matou milhares de pessoas. O vírus-19 surgiu com primeiros casos em Wuhan, na China, o que de fato o vírus já existia, porém, encontrados apenas em animais cujos já tinham anticorpos, a nova cepa pertence à família *Coronaviridae* (SAR-S-CoV-2) que provocou uma disseminação em massa.

No dia 11 de março de 2020, dois meses depois de seu início, a organização mundial da saúde decretou que o mundo estava em sítio pandêmico, o vírus se espalhava de forma desenfreada e a corrida para ser ter solução começou (LIMA *et al.*, 2020).

Os países tiveram que começar a se adaptar a uma nova realidade em um curto espaço de tempo, vive-se em uma época onde se transportar em curto espaço de tempo é muito fácil e devido a essa facilidade fez com que o vírus se propagasse de forma muito rápida, afetando a tudo e a todos (WERNECK, CARVALHO, 2020). Em determinados momentos desta situação, países começaram a perder o controle da situação, principalmente os países subdesenvolvidos, afinal com poucos recursos como fazer muito com tão pouco foi necessário pedir ajuda (DOMINGUES, 2021).



SUMÁRIO

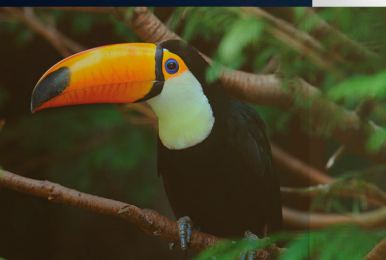
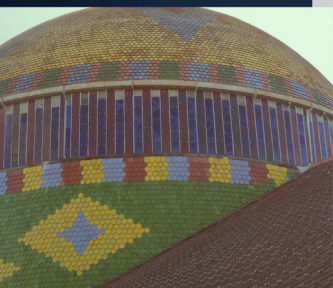
**Brasil, uma nova realidade
durante pandemia de COVID-19**

No que concerne o Brasil, o sistema público de saúde colapsou de forma desenfreada, pois até então não se entendia da patologia, como cuidar, como tratar, o que fazer, foram perguntas como essas que começaram a ser questionadas e que muitas vezes sem resposta. O grande fato é que se tinham um vírus que estava levando a óbito milhares de pessoas e que a corrida pela cura era algo desafiador (NASCIMENTO, 2020).

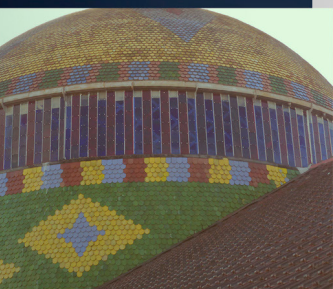
Para os estados, uma série de situações ocorreram, como falta de leitos, medicamentos, estruturas hospitalares, governadores e prefeitos, enfrentaram uma grande dificuldade para coordenar essas situações, afinal fazia-se a mesma pergunta, como reduzir casos se não se tem uma cura. Sabe-se que o sistema público de saúde é formado por uma pirâmide onde tem-se primária, secundária e terciária, e nestes momentos todos estavam indo além da sua capacidade máxima, e quem mais sofria com tudo isto era a população que lutava para sobreviver em busca de um leito (BASTOS *et al.*, 2020).

Os sistemas de saúde do Brasil se viram obrigados a responder com celeridade e tomar decisões urgentes para salvar vidas. Priorizar a atenção a pacientes com infecção pelo novo coronavírus (SARS CoV-2) aumentou e reduziu a prestação de serviços de saúde a pacientes com outras doenças, sobre todo o dever à atribuição de recursos (humanos, financeiros, logísticos e de estrutura física) para este problema.

A pandemia por COVID-19, os serviços de gestão e atenção primária no Brasil precisam de uma reorganização profunda para responder a uma enorme demanda de atenção. Não obstante, se identificarem programas considerados essenciais ou básicos como a atenção



SUMÁRIO



materno infantil, a atenção de enfermidades crônicas não transmissíveis e a vacinação ainda estavam longe de uma definição de pandemia (BASTOS *et al.* 2020).

Se a seleção de serviços de prevenção da patologia depende do sistema muitas vezes ineficiente e falta de profissionais. A OMS, começou a estabelecer situações mínimas para que os países pudessem lidar com a patologia. No Brasil, apesar de ter um sistema de saúde modelo para o mundo, mesmo assim não conseguiu atender a demandar alta uma vez que se tinha hospital defasados, falta de insumos, falta de profissionais, além disto o negacionismo de muitos que acreditaram que a pandemia era algo simples (LIMA *et al.*, 2020).

A falta de recursos e materiais durante os primeiros meses da pandemia tornou-se outra das realidades da COVID-19. Nesse sentido, além de recursos materiais, a falta de pessoal e rastreadores para poder acompanhar a propagação do vírus tem sido outro efeito da pandemia na estrutura de saúde (CRODA, GARCIA, 2020).

Por outro lado, no marco da pandemia, a OMS recomendou a implantação de outras modalidades como a telemedicina para melhorar os serviços e reforçar a capacidade resolutiva. No Brasil a progressão da pandemia gerou uma readaptação na gestão de saúde, recomendações e orientações para os níveis distintos da atenção primária principalmente e direcionamentos para as gestões hospitalares a fim de garantir a continuidade dos programas essenciais e a atenção aos pacientes na condição de vulnerabilidade de forma diferente das condições normais (PARMET, SINHÁ, 2020).

O Brasil tem um sistema de saúde muito fragmentado e segmentado, com debilidades históricas para atender às necessidades de saúde da população. A saturação no atendimento hospitalar causou inúmeras situações de pressão, onde as capacidades de cada profissional não estavam sendo valorizada de acordo com as tarefas que tiveram que desempenhar (SALES, SILVA, ETHEL, 2020).

SUMÁRIO

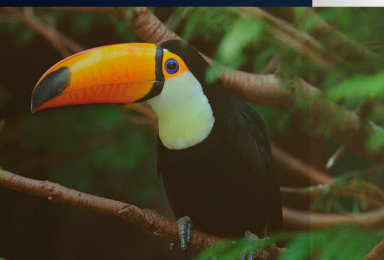
Destino da saúde pública no Brasil pós-pandemia de COVID-19

A gestão de saúde no Brasil se viu transformada e entendeu que para minimizar este efeito negativo na prestação de serviços, ou seja, a resposta a uma pandemia, ela deve ser preparada com cuidado e avaliada de todas as opções enquanto a sua utilidade e custo-benefício. Deve-se usar todos os sistemas de apoio para informar a população, a comunidade médica e os responsáveis pela resposta, com o objetivo de aplicar as medidas necessárias e mitigar os efeitos de uma pandemia (BASTOS *et al.*, 2020).

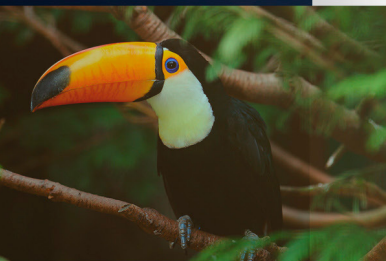
A gestão da atenção primária de saúde se mostra um papel preponderante na vigilância epidemiológica, com a detecção e monitoramento das patologias, desde a entrada no sistema de saúde, este nível de atenção deve ser intensificado no trabalho de promoção, prevenção, até uma resposta concreta e recuperação da patologia (NASCIMENTO, 2020).

A gestão do sistema de saúde do Brasil se reinventou, novas propostas começaram a surgir na prevenção de covid-19. A saúde pública começou a colocar prioridades no sistema, primeiro os mais vulneráveis os idosos que até então eram vistos como a saúde mais frágil no momento, os profissionais de saúde começaram a trabalhar e necessitar de ajudar e por isso surgiram os teletrabalhos, as vacinas começaram a ser distribuídas, um novo momento da história começou a ser escrita na saúde pública (CRODA; GARCIA, 2020).

Para Aquino *et al* (2020) foi possível entender os avanços na gestão de saúde pública pós pandemia, entretanto quando se olhar para trás não foi exatamente assim, foi preciso existir um colapso para novas estratégias comesçassem a existir e desta forma modificar o sistema. Adiante tantos funcionários com problemas psicológicos,



SUMÁRIO



o sistema de saúde começou a utilizar uma ferramenta chamada teletrabalho, o que fez com que os de linha de frente pudessem ter um amparo psicológico e assim reduzir depressão entre outros.

Para Parmet e Sinhá (2020) o teletrabalho, foi algo que não só ajudou o profissional como também o cidadão doente, médicos começaram a atender seus pacientes a distância, a tecnologia nunca esteve tão presente no sistema público de saúde como foi nestes últimos tempos.

O ser humano nunca foi tão testado como foi neste período de pandemia, o sistema público de saúde nunca foi tão testado como foi neste período, governos nunca foram tão testados como foram neste tempo. A pandemia mostrou que se tiver um sistema público de saúde em excelentes condições sempre irá perecer adiante qualquer catástrofe. É preciso encarar os fatos como existentes e nunca os deixar de lado, ou deixar para ser resolvido depois (NASCIMENTO, 2020).

Farias *et al.* (2020) explica que se o governo brasileiro tivesse encarado no início a pandemia com severidade, talvez a consequência deste período teria sido bem melhor. O tempo passou e o governo percebeu que não se tratava apenas de uma gripezinha, mas algo mortal para todos.

O processo saúde-doença começou a ter um olhar mais vivido depois deste colapso que ocorreu, entendeu-se que se não houver políticas públicas para a saúde, se não tiver um interesse por ela é capaz da sociedade não sobreviver às próximas catástrofes, todas as áreas são importantes mais áreas como saúde precisam se tornar prioridade (BASTOS *et al.*, 2020).

Para Sales, Silva e Ethel (2020) o futuro em relação a saúde é incerto, entretanto é válido dizer que a saúde aprendeu bastante com esta pandemia, pois foi através da pandemia que se entendeu que saúde precisa ser prioridade, que investimentos necessitam ser feitos,

SUMÁRIO



que formas de trabalhos vão além de consultórios, a saúde mostrou que é frágil em tempos atuais mais que pode melhorar.

Na esperança de um futuro melhor é importante que o serviço público de saúde continue em constante aprimoramento, que não seja evoluído só por conta de uma pandemia. O fato que a pandemia pelo menor neste determinado momento deixa um legado muito grande para a saúde como hospitais ampliados, mais medicamentos, mais profissionais, mais capacitação, algumas estruturas como o teletrabalho é algo fixo. Espera-se que em uma próxima pandemia os desastres sejam bem menores e que haja um aprendizado com tudo o que aconteceu (NASCIMENTO, 2020).

METODOLOGIA

De acordo com Tumelero (2019), o método científico é o conjunto de passos que possibilita alcançar um determinado objetivo. Esse conjunto de passos determina um caminho ao qual o pesquisador terá segurança na investigação, característica importante para que se tenha bons resultados.

Partindo destas considerações, apresentamos a caracterização da pesquisa conforme os itens a seguir.

O método desta pesquisa é o dedutivo pois segundo Marconi e Lakatos, 2010, o método dedutivo é uma estratégia de raciocínio usada para deduzir conclusões lógicas de uma série de premissas ou princípios. Nesse sentido, é um processo de pensamento que vai do geral (leis ou princípios) ao particular (fenômenos ou fatos concretos) de acordo com o método dedutivo, a conclusão está dentro das premissas acima ou, em outras palavras, a conclusão é uma consequência destas.

SUMÁRIO



Quanto à abordagem, trata-se de uma abordagem qualitativa para nortear a pesquisa, uma vez que, Botelho, Cunha e Castro, 2011, pesquisa qualitativa tem uma abordagem multimetódica que inclui uma abordagem interpretativa e naturalista do objeto de estudo, o que significa que o pesquisador qualitativo estuda as coisas em seus ambientes naturais, tentando dar sentido ou interpretar os fenômenos a partir dos significados que as pessoas lhes atribuem.

Em relação ao tipo de pesquisa, caracteriza-se como exploratória, descritiva e explicativa. A pesquisa descritiva de Souza, Oliveira e Alves (2021), é responsável por apontar as características da população em estudo. Esta metodologia se concentra mais no “o quê”, ao invés do “porquê” do sujeito de pesquisa. Em outras palavras, seu objetivo é descrever a natureza de um segmento demográfico, sem focar nos motivos pelos quais um determinado fenômeno ocorre. Ou seja, “descreve” o tema da pesquisa, sem abordar “por que” ocorre.

Segundo Botelho, Cunha e Castro, 2011, a pesquisa exploratória é realizada quando um tópico precisa ser compreendido em profundidade, especialmente se ainda não foi feito. O objetivo desse método é explorar o problema e seu ambiente, e não tirar uma conclusão a partir dele. Além disso, permitirá ao pesquisador estabelecer uma base sólida para explorar suas ideias, escolher o desenho de pesquisa adequado e encontrar as variáveis que são realmente importantes para a análise; mais importante, pode ajudar organizações ou pesquisadores a economizar muito tempo e recursos, pois isso permitirá que você saiba se vale a pena seguir em frente.

Para Cassarim *et al.* 2021, a pesquisa explicativa é realizada para investigar em tempo hábil um fenômeno que não havia sido estudado antes, ou que não havia sido bem explicado antes. Destina-se a fornecer detalhes onde existe uma pequena quantidade de informações. O pesquisador tem uma ideia geral e usa a pesquisa como

SUMÁRIO



ferramenta para guiá-lo em tópicos que podem ser abordados no futuro. Seu objetivo é descobrir o porquê e para que é um objeto de estudo.

Quanto aos procedimentos – adotamos como procedimento, a pesquisa bibliográfica. De acordo com Souza, Oliveira e Alves, 2021, a pesquisa bibliográfica pode ser entendida como processo pelo qual compilamos conceitos com o objetivo de obter conhecimento sistematizado. O objetivo é processar os principais textos sobre um determinado tópico. Este tipo de pesquisa adquire diferentes denominações: gabinete, biblioteca, documentário, bibliográfico, literatura, secundário, abstrato, etc.

De acordo Marconi e Lakatos (2010), as os bancos de dados bibliográficos são compilações de publicações com conteúdo técnico-científico, como artigos de revistas, livros, teses, conferências, etc., com conteúdo temáticos, que visam reunir toda a produção bibliográfica possível sobre uma área do conhecimento.

Botelho, Cunha e Castro (2011), dizem que os bancos de dados documentais ou bibliográficas contêm informações sobre documentos, ou seja, referências a documentos, mas muitas delas também contêm os textos completos desses documentos, geralmente em formato pdf.

Foi realizada busca bibliográfica selecionou nos bancos de dados do Google Acadêmico, Revista de Educação Física e Biblioteca Científica Eletrônica Online (SciELO), utilizando-se os termos “COVID-19”, “Saúde Pública”, “Efeitos da Pandemia”, como descritor do artigo e “ Gestão em saúde” como palavra em todo texto.

Quanto à amostra, os artigos foram selecionados a partir da variável de interesse, totalizando 9 artigos. A amostra deste estudo foi formada por artigos indexados nas bases de dados, sendo selecionada apenas a literatura que atendia aos critérios de inclusão definidos neste estudo. Foram incluídas apenas as publicações que responderam à questão do

SUMÁRIO



estudo, publicadas no período de 2015 a 2022 no idioma português, todos os tipos de delineamentos metodológicos foram aceitos.

Como critérios de inclusão, foram adotados: artigos de pesquisa original publicados de forma completa no período de 2010 a 2022, livre e gratuita, em periódicos disponíveis nas bases de dados selecionadas, nos idiomas português, inglês e espanhol, condizentes com o objetivo proposto e os descritores e/ou palavras-chave listados no protocolo previamente validado.

Como critérios de exclusão, foram adotados os artigos que estavam em mais de uma base de dados ou foram considerados duplicatas e automaticamente excluídos, além daqueles que não estavam completos, e fora do ano regulamentado.

Para levantamento dos dados da pesquisa, explorou-se estudos publicados sobre atividades utilizadas pelos professores de educação física na educação infantil que favorecem o desenvolvimento motor da criança, através de uma investigação bibliográfica.

[...]constituído principalmente de: livros, revistas, publicações em periódicos e artigos científicos, jornais, boletins, monografias, dissertações, teses, material cartográfico, internet, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo material já escrito sobre o assunto da pesquisa. Na pesquisa bibliográfica, é importante que o pesquisador verifique a veracidade dos dados obtidos, observando as possíveis incoerências ou contradições que as obras possam apresentar (PRODANOV; FREITAS, 2013, p. 54).

A análise de dados se deu a partir de uma pesquisa bibliográfica, utilizando-se de artigos já publicados que abordam a temática citada, que foram analisados e serviram como base para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

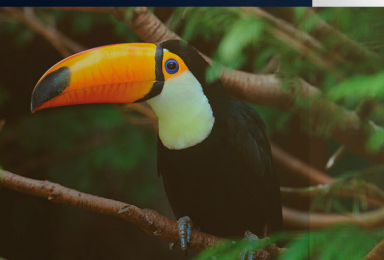
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e as descrições dos dados obtidos foram extraídos dos artigos selecionados a partir da pesquisa bibliográfica, os quais passamos a apresentar divididos por tópicos, considerando compreender como a pandemia de covid-19 afetou a saúde a nível mundial e a nível Brasil, verificar como e porque o sistema de saúde pública do Brasil teve dificuldade para lidar com a pandemia e por fim explicar as perspectivas futuras a respeito do efeito pandêmico na gestão de saúde do Brasil, o que favorecerá melhor compreensão dos mesmos.

Pandemia de COVID-19 afetou a saúde a nível mundial e a nível Brasil

O COVID-19 desencadeou uma crise global sem precedentes, uma crise global de saúde que, além de exigir um enorme custo humano, está levando à recessão global mais profunda de todos os tempos. Patiño-Escarcina e Medina (2022) afirmam no estudo que nesta época do ano de 2019 a 2020, conceitos como “*lockdowns*”, “uso obrigatório de máscara” e “distanciamento social” eram desconhecidos para a maioria dos seres humanos. Em tempos atuais eles fazem parte do cotidiano, pois a pandemia do COVID-19 continua afetando todos os aspectos da vida do ser humano.

A COVID-19 expôs grandes desigualdades e fraquezas nos sistemas de saúde dentro e entre países. A crise fez com que muitos dos sistemas de saúde sobrecarregados reduzissem seus serviços de saúde, que muitas vezes são considerados não essenciais. Santiago *et al* (2021) explica que embora esses serviços sejam um direito humano, eles foram deixados de lado por preocupações mais “prementes”.



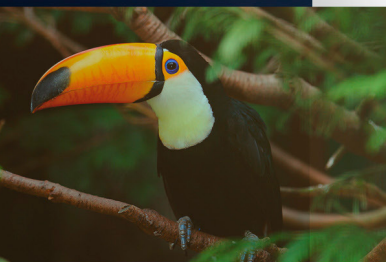
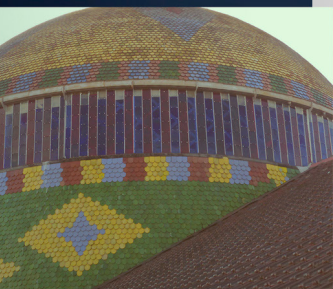
SUMÁRIO

Em meio a pressões econômicas e cortes orçamentários, existiu um risco real de que alguns países não restauram esses serviços.

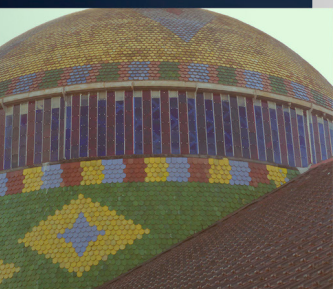
O termo COVID-19 fez referência à doença produzida pela disseminação do SARS-CoV-2 no organismo e na resposta inflamatória, com sinais e sintomas de intensidade variável. Em uma meta-análise de 212 estudos realizados em 11 países, 23% dos casos apresentaram uma forma grave da enfermidade, 11% foram ingeridos na unidade de terapia intensiva (UTI) e 7,1% requereram ventilação mecânica. Murakami, Araújo, Marques (2022) afirmam que a aparição de casos graves é influenciada pela não cobertura vacinal e pela circulação da variante Delta, predominante na Europa desde março de 2021, e com maior risco de internação, internação em UTI e óbito do que a cepa original.

A infecção por SARS-CoV-2 também implicou em maior risco perinatal: aumento do risco de pneumonia, admissão na UTI, cesariana e admissão do recém-nascido na UTI neonatal. MESSIAS *et al* (2022) explica que a mortalidade dos neonatos infectados é baixa, embora 40% apresentem febre, 28% dispneia e 24% vômito. O risco de infecção neonatal é muito baixo e a taxa de infecção não é preferida quando o bebê nasce por via vaginal, é amamentado ou é permitido ou contatado pela mãe.

As meta-análises disponíveis cobrem os primeiros meses de 2020, por isso refletem as fases iniciais da pandemia. A figura que melhor diminui a experiência populacional de mortalidade é a letalidade da infecção por SARS-CoV-2, que é estimada em 0,68% (0,53-0,82%), mas é difícil de avaliar devido à heterogeneidade dos dados. Guedes *et al* (2022) afirma que para avaliar o impacto da COVID-19 na mortalidade, é necessário levar em consideração não apenas os números absolutos das funções de acordo com sua distribuição etária. Até o final de 2020, o COVID-19 resultou em 20,5 milhões de anos de vida perdidos, ou entre 2 e 9 vezes mais do que os perdidos anualmente devido à gripe sazonal.



SUMÁRIO



A OMS define pós-COVID-19 como uma condição que ocorre em pessoas com histórico de infecção provável ou confirmada por SARS-CoV-2, geralmente dentro de 3 meses do início da COVID-19, com sintomas que duram pelo menos 2 meses e não podem ser explicados por um diagnóstico alternativo. Os sintomas comuns incluem fadiga, falta de ar e disfunção cognitiva, mas também podem incluir outros e geralmente têm impacto no funcionamento diário de uma pessoa. Os sintomas podem surgir de novo após a recuperação inicial de um episódio agudo de COVID-19 ou persistir desde a doença inicial. Os sintomas também podem flutuar ou recidivar ao longo do tempo. Teixeira (2022) em seu estudo explica que se estima que uma em cada cinco pessoas com COVID-19 tenha sintomas além de 5 semanas e uma em cada dez além de 12 semanas. Os sintomas são múltiplos e variados, sendo os mais frequentes cansaço, fraqueza, cefaléia, artromialgia, dispneia, tosse seca, transtornos mentais, alopecia, anosmia e disgeusia. A etiologia parece estar relacionada a uma resposta inflamatória e não a uma ação direta do próprio vírus. Não há tratamento claro e alguns dos sintomas podem permanecer como sequelas.

A principal constatação é que os serviços de saúde foram parciais ou totalmente interrompidos em muitos países. Mais da metade (53%) dos países em estudos descontinuaram parcial ou totalmente os serviços de tratamento da hipertensão, 49% serviços para tratamento de diabetes e complicações relacionadas, 42% serviços de tratamento de câncer e 31% emergências cardiovasculares. Frota *et al* (2022) afirma que os serviços de reabilitação foram interrompidos em quase dois terços (63%) dos países, apesar do fato de que a reabilitação é fundamental para uma recuperação saudável de pacientes gravemente doentes com COVID-19.

Na maioria (94%) dos países que responderam em estudos, funcionários da saúde que trabalhavam na triagem foram parciais ou totalmente redistribuídos para apoiar a resposta ao COVID-19. Schönfeldt,

SUMÁRIO



Bücker (2022) adiamento de programas públicos de triagem (por exemplo, para câncer de mama e de colo do útero) também foi generalizado, conforme relatado por mais de 50% dos países. Isso estava de acordo com as recomendações iniciais da OMS para minimizar os cuidados não urgentes nas unidades de saúde durante o combate à pandemia.

No entanto, os motivos mais comuns para a interrupção ou redução dos serviços foram o cancelamento de tratamentos planejados, a diminuição do transporte público disponível e a falta de pessoal devido à realocação de profissionais de saúde para apoiar os serviços de resposta ao COVID-19. Silva, Vieira, Neto (2022) afirmam em seu estudo que um em cada cinco países (20%) relataram interrupções de serviço, uma das principais razões para essas interrupções foi a escassez de medicamentos, exames diagnósticos e outras tecnologias.

Globalmente, dois terços dos países relataram que incluíram serviços de doenças não transmissíveis em seus planos nacionais de preparação e resposta à COVID-19, 72% dos países de alta renda relataram ter feito essa inclusão, em comparação com 42% dos países de baixa renda. Bastos *et al* (2020) afirma em seu estudo que os serviços de tratamento de doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas foram os mais frequentemente incluídos. Serviços odontológicos, reabilitação e atividades de apoio à cessação do tabagismo não foram incluídos de forma tão extensa nos planos de resposta, de acordo com as informações fornecidas pelos países.

Dificuldades do sistema de saúde pública do Brasil para lidar com a pandemia de COVID-19

No Brasil, o direito universal à saúde foi estabelecido constitucionalmente em 1988 no processo de redemocratização após 20 anos de ditadura militar. Foi criado um sistema nacional de financiamento

SUMÁRIO



fiscal, o Sistema Único de Saúde (SUS). Desde então, o SUS ampliou o acesso para toda a população, com um desenho territorializado que integra a saúde pública e as ações de atenção individual, procurando organizar uma ampla rede integrada de estabelecimentos de APS, atenção especializada e hospitais, incluindo procedimentos de alta complexidade sem definir uma cesta de serviços. Brito *et al* (2020) afirma que em linha com as diretrizes de descentralização e participação da sociedade, O SUS incorporou em sua estrutura institucional e decisória instrumentos de democratização com conselhos de saúde e cooperação entre gestores federais, estaduais e municipais. No entanto, o SUS não tem sido adequadamente financiado: o gasto público é inferior a 50% do gasto total em saúde e os recursos públicos para a saúde são inferiores a 4% do PIB. A população de maior renda compra voluntariamente seguro médico privado, criando, na prática, um sistema de saúde segmentado e um amplo mercado de seguros e prestadores privados de saúde.

O negacionismo foi o principal problema brasileiro em lidar com a pandemia de covid-19 além deste existe a precariedade do sistema de saúde mesmo afirmando que o Brasil tem o SUS como modelo para o mundo. As estruturas do país colapsaram, falta de leitos, falta de assistência, falta de materiais básicos de saúde. Cardoso *et al* (2020) afirma que a pandemia de covid-19 demonstrou que o Brasil não estava preparado para tal situação e que precisava de investimentos muito altos para que pudesse lidar com o mínimo nos atendimentos a saúde.

No Brasil, as ações governamentais têm sido erráticas e desorganizadas, com incapacidade de planejar respostas públicas coordenadas. Sarti *et al* (2020) explica que como grande medida, os Estados e o Distrito Federal já haviam implementado medidas no final de março para limitar a circulação e aglomeração de pessoas em maior ou menor grau. No entanto, o Governo Federal, ao minimizar a importância

SUMÁRIO



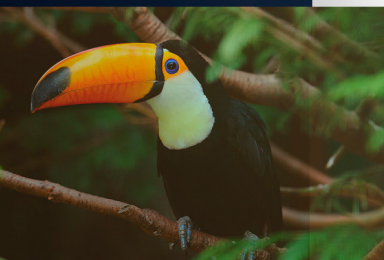
do distanciamento social e se opor publicamente às medidas adotadas por estados e municípios, prejudicou a adesão da população a elas.

Embora o Ministério da Saúde do Brasil tenha tentado se organizar para responder desde janeiro de 2020, houve conflitos com o governo nacional que impediram a adoção de medidas obrigatórias de controle antecipado da pandemia. Assim, após a saída de dois ministros civis por divergências com o presidente, desde 16 de maio o Ministério da Saúde é administrado pelos militares e o ministro é um general sem experiência em saúde. Guedes *et al* (2022) afirma em seu estudo que embora algumas medidas de distanciamento físico e isolamento social tenham sido determinadas pelos governadores dos estados desde a segunda semana de março, a negação da epidemia pelo presidente Bolsonaro, que a chamou de “gripezinha” e saiu às ruas abraçando e beijando, prejudicou o cumprimento das estratégias de controle epidemiológico.

Perspectivas futuras a respeito do efeito pandêmico na gestão de saúde do Brasil

A pandemia de covid-19 demonstrou que nenhum país estava preparado para sofrer um grande problema de saúde, desta forma os sistemas de saúde mesmo com dificuldades conseguiram manobrar os atendimentos em todos os setores que vão desde atenção primária à atenção secundária. Castro (2021) as estruturas dentro do sistema de saúde precisam ser viáveis e estarem prontas para atender todos e qualquer tipo de paciente. Essas estruturas estão organizadas dentro do sistema público de saúde como primária, secundária e terciária, cabendo a cada uma, uma estrutura diferente para diferentes tipos de atendimentos.

SUMÁRIO



A pandemia de covid-19 demonstrou a ineficácia dentro do sistema público de saúde, ou seja, falta de leitos, falta de oxigênio, falta de unidades de terapias intensivas, precariedade na atenção primária, falta de equipamentos simples como luvas e máscaras, porém o principal de todos falta de profissionais. Werneck, Carvalho (2020) a falta de estrutura em todos os ramos de atenção à saúde foi o principal problema encontrado no sistema assistencial do Brasil, haja vista que o grande número de óbitos encontrados em todos os estados da federação foi justamente a falta de leitos e oxigênios.

Em meados de 2020 com a descoberta de vacinas e algumas medidas terapêuticas disponíveis o número de pacientes com covid-19 começou a diminuir entretanto não se extinguiu, porém ficou mais controlada. Os hospitais começaram novamente a se reorganizar e se preparar para o futuro. Daumas *et al* (2020) afirma em seu estudo que o maior aprendizado desta pandemia é entender que a qualquer momento uma nova guerra biológica pode surgir novamente, com um novo vírus, com uma nova patologia, com algo que ao olho do ser humano pode ser simples mais que pode fazer uma grande diferença no futuro.

Em tempos atuais hospitais estão mais equipados, municípios que nunca viram unidades de terapia intensiva começaram a oferecer este tipo de serviço, a atenção primária está cada vez mais capacitada, novos estudos começam a surgir. Farias *et al* (2020) afirma que a pandemia de covid-19 precisou entrar em prática para que governos precisassem olhar para o sistema de saúde pública com outro olhar, ou seja, que deixasse de ver o sistema público de saúde apenas com um olhar político.

Durante o ano se ouviu que o sistema de saúde do Brasil era algo precário ou desfasado, sem medicamentos, sem material ou se tinham estavam quebrados. Ao se deparar com inúmeras reportagens se mostra que quando um material hospitalar está com problemas, os órgãos responsáveis já ficam atentos para consertar, haja vista que agora

SUMÁRIO



entendem a importância dele. Lima *et al* (2020) explica que a saúde pública começou a ser priorizada em todos os seus contextos, não mais como algo complementar. A pandemia demonstrou que se não colocar a saúde como prioridade talvez em uma próxima pandemia o efeito pode ser ainda maior, portanto é necessário que se aprenda com esta que foi devastadora e uma das maiores de todos os séculos.

Muitas pessoas morreram, entre jovens, crianças, adultos e idosos. A pandemia não escolhia que ia a óbito, simplesmente acontecia, sendo assim inúmeros estudos começaram a ser feitos para que se pudesse entender como o vírus atuava em cada tipo de paciente, com o tempo as mais conceituadas revistas científicas já possuíam inúmeros dados científicos sobre a patologia. Moraes (2021) cientificamente os estudos demonstraram caminhos para que se pudesse acertar adiante a patologia, os estudos serviram de base tanto para a área mais simples que era assistencial como para mais complexas que eram as cirurgias ou até mesmo para aqueles que sequer vieram ao mundo como é o caso da obstetrícia.

A pandemia de covid-19 demonstrou que o Brasil não estava preparado para se defender de uma crise de saúde e que precisou aprender com inúmeras mortes a diferença de uma simples gripe para algo muito mais sério. Oliveira *et al* (2020) explica que até o presente momento os dados apresentados explicam que a pandemia desacelerou no Brasil, entretanto é necessário que investimentos no setor de saúde sejam feitos mais e mais, pois já se passa a terceira onda e é preciso estar preparado caso algo mude neste quadro.

SUMÁRIO



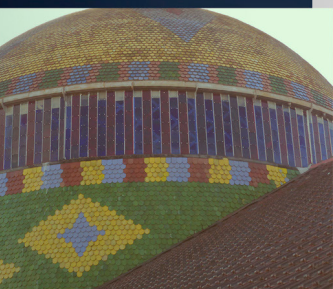
CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia alterou profundamente a saúde da população mundial, inclusive a do Brasil e teve impacto nos determinantes da saúde pública, aumentando as desigualdades na saúde e gerando situações de risco que terão de ser abordadas num futuro imediato. As informações sobre a incidência são provenientes de sistemas de vigilância que necessitam de diagnóstico laboratorial para confirmação da infecção, sendo limitados pelo acesso e extensão desses recursos. Por esse motivo, os países com mais recursos de saúde e maior cobertura de sua população são os que apresentam os maiores números de carga de infecção, mas ao mesmo tempo são os que apresentam menor taxa de letalidade entre os casos notificados. O impacto do COVID-19 está intimamente ligado ao das medidas de controle implementadas e que levaram ao confinamento de grande parte da população por longos períodos de tempo.

Medir o impacto de todas essas consequências não intencionais na saúde global é um assunto pendente para pesquisas futuras. A comorbidades associada à gravidade da COVID-19 tem um claro vínculo ambiental. A materialização em uma verdadeira pandemia de uma ameaça que havia sido anunciada repetidamente no passado deve nos alertar para a urgência de dar um atestado de natureza a futuras ameaças que possam comprometer seriamente a saúde da população.

Essa pandemia mostrou que deve-se repensar nos sistemas de saúde e, com eles, a importância de todas as estruturas da saúde pública. Por um lado, ficou clara a vantagem do SUS em atingir esses objetivos, entretanto também ficou evidente a precariedade das estruturas de saúde desde atenção primária até a alta complexidade.

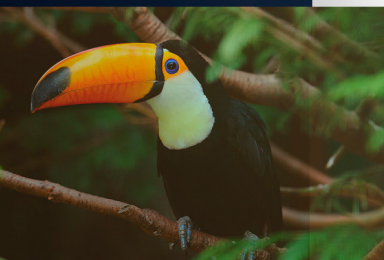
SUMÁRIO



REFERÊNCIAS

- ALVES, Maria Teresa. Reflexões sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na pandemia de COVID-19. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 15(42):2496. 2020.
- AQUINO *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. v. 25, suppl 1, pp. 2423-2446. 2020.
- BASTOS *et al.* COVID-19 e hospitalizações por SRAG no Brasil: uma comparação até a 12^a semana epidemiológica de 2020. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 4, e00070120. 2020.
- BOTELHO, Louise Lira; CUNHA, Cristiano; CASTRO, Macedo Marcelo. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão Soc** 5(11):121-136. 2011.
- BRITO *et al.* Pandemia de COVID-19: o maior desafio do século XXI. **Vigil. Sanit. Debate**, v.8, n.2, p. 54-63, 2020.
- CARDOSO *et al.* O direito à saúde, a universalidade e a proteção dos trabalhadores: desafios do SUS na pandemia. **Rev. Humanidades e inovação**, v.8, n. 35, 2020.
- CASARIN *et al.* **Tipos de revisão de literatura: considerações das editoras do Journal of Nursing and Health**. J. nurs. Health. 10(n.esp.): e20104031. 2020.
- CASTRO, Rosana. Vacinas contra Covid-19: o fim da pandemia? **Revista de Saúde Coletiva**, v.3, n.1, e310100, 2021.
- CRODA, Julio Henrique; GARCIA, Leila Posenato. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 29, n. 1, e2020002. 2020.
- DAUMAS *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 6, e00104120. 2020.
- DOMINGUES, Carla Magda. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 37, n. 1, e00344620. 2021.

SUMÁRIO



FARIAS *et al.* Papel da atenção primária no combate ao Covid-19: impacto na saúde pública e perspectivas futuras. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. 15(42):2455. 2020.

FROTA, Amanda Cavalcante *et al.* Vínculo longitudinal da Estratégia Saúde da Família na linha de frente da pandemia da Covid-19. **Saúde em Debate** [online]. v. 46, n. spe1, pp. 131-151. 2022.

GUEDES, Thalita Renata *et al.* Atenção básica à saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19: Revisão de literatura sistemática qualitativa. **Saúde Coletiva** (Barueri), [S. l.], v. 12, n. 78, p. 10820–10833, 2022.

KUBO, Henrique Kazuo. Impacto da COVID-19 no serviço de saúde: uma revisão de literatura. **InterAm J Med Health**, v.3, n. e202003046, 2020.

LIMA *et al.* COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 25, n. 5, pp. 1575-1586. 2020.

MARCONI, Marina Andrade; LAKATOS, Eva Marina. **Fundamentos de Metodologia Científica - 7ª Ed.** 2010. São Paulo, SP: Atlas Humanas Didático, 2010.

MENEZES *et al.* Implementação das políticas públicas nas capitais brasileiras: o caso da COVID-19. **Cadernos Enap**, n.93, 2021.

MESSIAS *et al.* O trabalho do profissional liberal da saúde no contexto da pandemia COVID-19. **Ciencias Psicológicas**, vol. 16, núm. 1, e2364, 2022.

MIRANDA *et al.* Condições de trabalho e o impacto na saúde dos profissionais de enfermagem frente a covid-19. **Cogitare enferm**. v. 25, 2020.

MORAES, Rafael Silvério. Atenção Primária à Saúde no combate da pandemia provocada pela COVID-19. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v. 3, n. 2, p. 158-168. 2021.

MURAKAMI, Manami Niho; ARAÚJO, Fernanda Junges; MARQUES, Carla Pintas. A reorganização e atuação da Atenção Primária à Saúde em contexto de pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.8, n.2, p.12232-1225. 2022.

NASCIMENTO, Francisleile Lima. Cemitério x novo coronavírus: impactos da covid-19 na saúde pública e coletiva dos mortos e dos vivos. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**. 2020. v.2, n. 4, p. 01–09.

OLIVEIRA *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19?. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.29, n.e2020044, 2020.

SUMÁRIO



PARMET, Wendy, SINHA, Michael. Covid-19 - A lei e os limites da quarentena. **N Engl J Med [Internet]**. 382(15): e28. 2020.

PATIÑO-ESCARCINA, Jesús Enrique; MEDINA, Maria Guadalupe. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde debate**. 46 (spe1). 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, Ernani Cesar. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2º ed. Novo Hamburgo, RS: Feevale, 2013.

RACHE *et al.* Necessidades de infraestrutura do SUS em preparo à COVID-19: Leitos de UTI, respiradores e ocupação hospitalar. **Nota Técnica n.3**. IEPS: São Paulo, 2020.

SALES, Carolina Maia; SILVA, Adriana Ilha; MACIEL, Ethel Leonor. Vigilância em saúde da COVID-19 no Brasil: investigação de contatos pela atenção primária em saúde como estratégia de proteção comunitária. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v.29, n.4, 2020:373. 2020.

SALLAS, Janaína *et al.* Decréscimo nas notificações compulsórias registradas pela Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Brasil durante a pandemia da COVID-19: um estudo descritivo, 2017-2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 31, n. 1, e2021303. 2022.

SANTIAGO *et al.* Desafios da saúde pública em meio à pandemia de COVID-19: revisão narrativa. *In*: FONTES, F. L. L. (Org). **A Saúde Pública brasileira em tempos de pandemia**. Teresina: Literacia Científica Editora & Cursos, p. 73-79. 2022.

SARTI *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v.29, n.2, e2020166. 2020.

SCHÖNFFELDT, Sofia Daniela; BÜCKER, Joana. Saúde mental de pais durante a pandemia da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria [online]**. v.71, n.2, pp. 126-132. 2022.

SILVA, Aline Deisi; VIEIRA, André Guirland; NETO, Honor de Almeida. O impacto da pandemia de Covid-19 na vida dos profissionais que atuam na saúde pública em um município de Mato Grosso. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. l.], v.11, n. 4, pág. e16611427206, 2022.

SODRÉ, Francis. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde [online]**. 2020, v. 18, n. 3, e00302134.

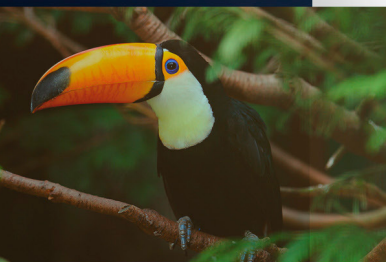
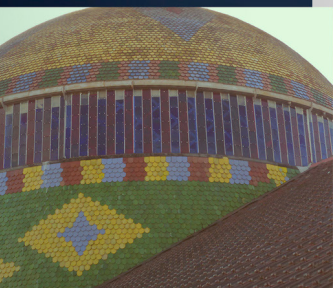
SOUZA, Angelica Silva; OLIVEIRA, Guilherme Saramago; ALVES, Láís Hilario. A Pesquisa Bibliográfica: Princípios E Fundamentos. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.43, p.64-83. 2021

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza. Desafios da Vigilância em Saúde no momento atual. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 31, n. 2, e2022357. 2022.

TUMELERO, Náina. **Pesquisa básica: material completo, com exemplos e características**. METTZER, 2019.

WERNECK, Guilherme Loureiro; CARVALHO, Marília Sá. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública [online]**. v. 36, n. 5, e00068820. 2020.

SUMÁRIO



13

Sara Monteiro Santos

Daniel Cerdeira de Souza

SAÚDE MENTAL DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUE ATUAM NA LINHA DE FRENTE DA PANDEMIA DE COVID-19:

revisão integrativa da literatura

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.13](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.13)

SUMÁRIO

**Resumo:**

O objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2020-2022 sobre a saúde mental dos profissionais da saúde que atuam na linha de frente da pandemia de Covid-19. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram analisados 78 (setenta e oito) artigos nacionais e internacionais colhidos do Portal Periódicos CAPES, publicados entre 2020 e 2022. Os dados foram analisados em dois momentos: primeiramente de forma descritiva através da elaboração de um instrumento de pesquisa e após, a partir da Análise de Conteúdo. Os resultados foram compilados em 5 categorias, sendo: 1) Principais impactos da atuação na pandemia de Covid-19 na saúde mental dos profissionais de saúde; 2) Principais sintomas presentes na saúde mental dos profissionais de saúde; 3) O desgaste mental dos profissionais de enfermagem que atuam na pandemia da Covid-19; 4) A Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde; 5) Principais estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde para lidar com as demandas de saúde mental na pandemia de covid 19. Os profissionais de saúde que estão na linha de frente têm apresentado um desgaste na sua saúde mental devido aos desafios encontrados em suas práticas, apesar de se apresentar estratégias de intervenção, ainda é preciso que se tenha uma atenção voltada para a saúde mental dos profissionais de saúde.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Profissionais de Saúde; Pandemia; Covid-19.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Na cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China foi o local onde foi reportado o surto da Covid-19 em dezembro de 2019, que continuou a se espalhar por outros países, sendo então classificada como pandemia, em março de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (CRODA; GRACIA, 2020). Com isolamento social imposto, a ideia era de minimizar a curva de propagação do vírus, o que em tese evitaria o colapso do sistema de saúde, porém devido o contágio ser rápido e a grande quantidade de pessoas adoecendo ao mesmo tempo, o colapso nos sistemas de saúdes foi iminente (AQUINO *et al.*, 2020).

Por conta desse estresse crônico, é natural que as pessoas apresentem sofrimento psíquico e transtornos mentais relacionados ao contexto pandêmico. Outro fator que pode ter contribuído para as sensações de insegurança e medo foram as constantes notícias falsas a respeito da Covid-19, as chamadas fake News. Segundo Axel Gelfert (2018) a definição de fake news é a apresentação de informações falsas ou enganosas como notícias, na qual apresentam estas informações de propósito. Algumas das fake News a respeito da Covid mais comuns foram por exemplo o uso de medicamentos ineficazes para curar ou prevenir a doença, que seria letal apenas para idosos; ou a noção de que pessoas sintomáticas transmitiriam o vírus; a ideia de isolamento vertical como argumento contra o distanciamento social, alimentos milagrosos e etc. Devido ao surgimento dessas constantes fake news, houve uma certa desconfiança e dúvida pelas pessoas em relação às estratégias de enfrentamento à pandemia e em especial à vacinação.

O primeiro sequenciamento genético do vírus no Brasil foi coordenado por Jaqueline Goes de Jesus, uma mulher negra, doutora formada pela Universidade Federal da Bahia, pelo Programa de Patologia Humana e Experimental, parceria entre a UFBA e a Fundação Oswaldo Cruz

SUMÁRIO

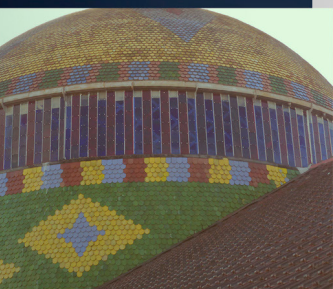


– Fiocruz Bahia (PgPAT/UFBA-Fiocruz). O trabalho foi realizado pelo instituto Adolfo Lutz, em parceria com a Universidade de São Paulo e a Universidade de Oxford (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA, 2020).

A partir de sequenciamentos como esse, a corrida pelo desenvolvimento de vacinas foi iniciada. Em meados de março de 2020 a primeira candidata para vacina entrou em testes clínicos em humanos, apesar disso é no final de 2020 que saem os primeiros resultados relacionados às fases finais dos estudos clínicos, portanto um número restrito de 18 vacinas aparece para a produção na condição de uso emergencial no mundo. A maioria destas vacinas são de grupos empresariais. Em janeiro de 2021, foi administrado no Brasil a CoronaVac, primeira vacina aprovada para uso, de forma emergencial, no país. A administração da vacina se deu primeiramente nos grupos prioritários (idosos) e foi ampliando a abrangência para grupos diversos (profissionais da saúde, portadoras de comorbidades, puérperas, gestantes, entre outros). Após, foram aprovadas no país a vacina da AstraZeneca, Pfizer e por fim Janssen, que juntas, são as quatro vacinas que o Brasil tem utilizado na imunização contra a Covid-19.

É possível perceber que a pandemia de Covid-19 teve impacto em diversas áreas da sociedade, demandando um esforço coletivo para o seu enfrentamento. Nesse contexto, damos destaque aos profissionais de saúde que foram convocados a atuar na linha. Dentre as diversas possibilidades de abordar os impactos da pandemia na atuação e saúde desses profissionais, nos debruçamos sobre o impacto do cenário na saúde mental (SM) desses sujeitos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde consiste em um estado completo tanto do bem estar físico como também mental e social e não em apenas na ausência de doença ou enfermidade. E a SM consiste em um estado de bem estar no qual o ser humano percebe suas próprias habilidades e pode lidar com o estresse do dia a dia e consegue trabalhar de forma produtiva e também contribuir para sua comunidade.

SUMÁRIO



Os profissionais de saúde, de maneira geral, lidam diariamente com fatores estressantes no ambiente de trabalho, que se exacerbaram com a explosão da emergência sanitária da Covid-19. Fatores como o medo de contaminação e/ou de infectar terceiros, cansaço físico extremo, estresse, condições insalubres de trabalho, carência de equipamentos de proteção individual (EPI), a não existência de ambientes físicos adequados, falta de recursos humanos, entre outros, contribuem para a fragilização da SM desses profissionais (TEIXEIRA *et al.*, 2020; DANTAS, 2021). Para exemplificar essa questão, resgatamos uma reportagem veiculada pelo Portal G1 (2021), onde, por exigência de gestores da Prevent Sênior, muitos profissionais de saúde estivessem trabalhando mesmo infectados pelo coronavírus e que ainda receitassem medicamentos sem eficácia comprovada para pacientes acometidos pela doença (inclusive para aqueles com comorbidades).

Psicoterapeutas destacam que as sequelas da pandemia na SM dos profissionais de saúde são devido ao esgotamento físico e mental podem desenvolver problemas como a síndrome de Burnout (SB) e transtornos de ansiedade. A SB é definida como também a síndrome do esgotamento profissional, onde uma resposta emocional, que surge das situações de estresse crônico, decorrente de relações interpessoais intensas no local de trabalho, gerando graves problemas psicológicos e físicos ao trabalhador. Foi caracterizada como um processo e possui três dimensões que caracterizam a SB: Exaustão Emocional, Despersonalização e reduzida Realização Profissional.

A Exaustão Emocional refere-se à sensação do esgotamento físico e mental do indivíduo, onde o ser humano tem a sensação de não conseguir recarregar ou reabastecer as energias, isso ocorre devido ao intenso contato diário com problemas de outras pessoas. A Despersonalização, por sua vez, se caracteriza pela insensibilidade emocional, desenvolvimento de atitudes negativas, tratamento impessoal e frio, direcionadas tanto aos pacientes como aos colegas de trabalho. Por

SUMÁRIO



último, a reduzida Realização Profissional é caracterizada por uma autoavaliação negativa associada à insatisfação, baixa autoestima e à insatisfação com suas atividades relacionados ao trabalho, consequentemente surgindo a sensação de abandonar a profissão, pois sente que se tornou outra pessoa, diferente, fria e descuidada, o que acaba levando o profissional à depressão.

Um estudo realizado pela Fiocruz Mato Grosso do Sul, em parceria com a Fiocruz Brasília, que teve como objetivo analisar o impacto da pandemia de Covid-19 na SM dos trabalhadores da saúde das categorias de enfermagem, odontologia, medicina, farmácia e fisioterapia do Distrito Federal, sugeriu que 65% dos participantes apresentaram sintomas de transtorno de estresse, 61,6% de ansiedade e 61,5% de depressão. Sintomas de ansiedade classificados como extremamente severos foram relatados por 33,8% dos participantes. Esse percentual foi de 21,4% e 19,5%, respectivamente, para sintomas extremamente severos de depressão e estresse. (FIOCRUZ BRASÍLIA, 2022). Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2020-2022 sobre a SM de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da pandemia de Covid-19.

METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão integrativa (RI), que trabalhou com dados teóricos e empíricos, seguindo o proposto por Whitemore e Knafel (2005), a partir dos seguintes passos:

1) Identificação do problema: O objetivo desta revisão foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2020-2022 sobre a SM de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da pandemia de Covid-19.

SUMÁRIO

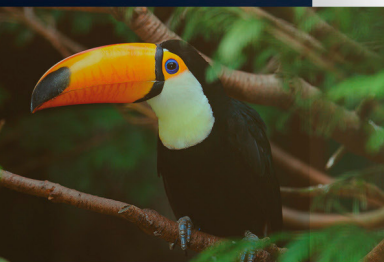


2) O segundo passo corresponde a coleta dos dados. Dessa forma, os passos da coleta neste estudo iniciaram-se na definição dos descritores de busca, sendo “Saúde Mental” e “Profissionais da Saúde” e “Pandemia de Covid-19”, validados nos Descritores da Biblioteca Virtual de Saúde (Dec's BVS). Os portais de coleta foram o Portal Periódicos CAPES e a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), escolhidos devido ao seu caráter de acesso público aos artigos científicos, mas também por apresentarem estudos interdisciplinares, considerando que o tema da revisão pode ser estudado do ponto de vista da saúde e das ciências humanas/sociais. A coleta foi realizada entre os dias 10 e 14 de junho de 2022.

Os critérios de inclusão adotados foram: Artigos publicados em revistas indexadas revisadas por pares sobre o tema da pesquisa, publicados nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola (os descritores foram devidamente traduzidos para espanhol e inglês no momento da coleta), entre janeiro de 2020 a junho de 2022 (momento da coleta), dentro do critério de relevância da base, sendo entendido como o retorno dos 50 artigos mais citados, que nos permitiu uma coleta com melhor qualidade, otimizando o tempo da autora. Como critérios de exclusão, removemos outras formas de publicação (artigos de jornal, artigos de anais de eventos, artigos de jornais e outros veículos midiáticos não científicos, livros, dissertações, tese, editoriais, resenhas e afins). O total de resultados coletados foi de 316, tratados da seguinte maneira:

No Portal Periódicos CAPES, com a aplicação dos descritores em língua portuguesa emergiram 266 resultados, onde os 50 mais citados dentro do critério de relevância da CAPES foram coletados. Com os descritores em língua inglesa (“Mental health and healthcare workers and covid-19 pandemic”), emergiram 9601 resultados, onde os 50 primeiros foram coletados, seguindo o mesmo critério e com a aplicação dos descritores em língua espanhola (Salud mental Y trabajadores de la salud Y la pandemia de covid-19), emergiram 235 resultados,

SUMÁRIO



onde os 50 mais citados foram coletados. Na Biblioteca Virtual de Saúde, com a aplicação dos descritores em língua portuguesa emergiram 134 resultados, onde os 50 mais citados foram coletados. Com os descritores em língua inglesa (“Mental health and healthcare workers and covid-19 pandemic”), emergiram 2203 resultados, onde os 50 primeiros foram coletados, seguindo o mesmo critério e com a aplicação dos descritores em língua espanhola (Salud mental Y trabajadores de la salud Y la pandemia de covid-19), emergiram 66 resultados, onde, devido ao pequeno número de resultados, todos coletados.

3) O terceiro passo correspondeu a avaliação dos dados coletados. Assim, foram lidos os títulos, palavras-chave e resumos dos 316 resultados coletados. Nessa etapa, foram excluídos os resultados que não estavam no formato de artigos científicos, mas que estavam indexados nas bases. Assim, foram excluídos aqui 22 resultados (2 dissertações de mestrado e 20 editoriais). Também foram excluídos 196 artigos que não apontavam para os objetivos da revisão. Restaram então 98 artigos, que foram descritos em uma planilha do Microsoft Excel para a exclusão dos artigos repetidos entre as bases, onde quatro artigos foram excluídos.

4) A quarta etapa diz respeito à análise e interpretação dos dados: Para essa, restaram 94 artigos, os quais passaram por leitura completa. Para apoio na leitura, foi elaborado um instrumento, chamado “protocolo de RI”, que nos auxiliou na análise descritiva inicial dos artigos. Este protocolo baseia-se no estudo de Evans e Pearson (2001) e contee: a pergunta da revisão, os critérios de inclusão e as estratégias de busca, assim descritos: i) a identificação (título do artigo, título da revista em que foi publicado o artigo, área do periódico, base de dados, ano e autores e país da publicação); ii) metodologia do estudo; iii) as principais considerações/resultados e pergunta da pesquisa e iv) um campo para que se justifique caso o estudo seja excluído da amostra final. Após a análise, o revisor deu seu parecer de “selecionado” ou

SUMÁRIO



“não selecionado” para cada artigo, seguindo o critério de relevância do estudo para a amostra e se ele contemplava a temática proposta de forma integral. Nessa etapa foram excluídos 16 (dezesseis) artigos, por não contemplarem o tema deste estudo.

O universo final desta revisão foi composto por 78 (setenta e oito) artigos e para analisar os dados extraídos destes, foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Esse procedimento organiza-se em três fases, segundo Bardin (2011): I) Pré-Análise: É a organização de todos os materiais utilizados na coleta dos dados (correspondente à organização e leitura dos artigos no protocolo). II) Exploração do Material: que consiste nas operações de codificação em função das regras que já foram previamente formuladas (após a leitura no protocolo, criou-se as categorias). III) Tratamento dos resultados: É a fase de análise propriamente dita, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como os resultados, descrevemos a seguir as características de cada artigo selecionado na amostra desta revisão. Quanto ao idioma no qual os artigos foram publicados, 31 na língua portuguesa, 30 em língua inglesa e 17 na língua espanhola. Quanto aos países das publicações o Brasil surgiu com 29 publicações, seguido do Reino Unido com 11 publicações, Estados Unidos com 10 publicações, Suíça com 7 publicações, Colômbia e Espanha cada uma com 6 publicações, Chile com 3 publicações, após isso, Argentina, Espanha, Cuba, Porto Rico e Portugal cada uma com 1 publicação. Quanto aos anos da publicação, 13 artigos foram publicados em 2020, 30 em 2021 e 37 em 2022.

SUMÁRIO

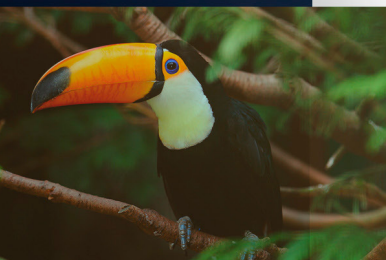
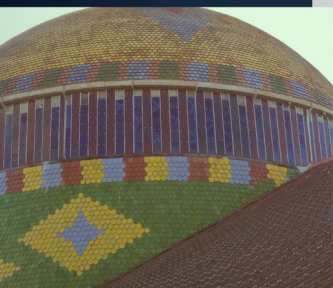
As áreas dos periódicos foram: Saúde, Enfermagem, Saúde Pública, Serviços de Saúde, Psicologia, Ciências da Saúde, Psicologia do trabalho e dos Processo Organizacionais, Medicina, Administração, Saúde Ocupacional e Ambiental, Psicoterapia e a área psiquiátrica. Quanto ao método dos estudos, 36 artigos usaram o método quantitativo, 16 utilizaram método qualitativo, 10 utilizaram método quali-quantitativo, 5 utilizaram revisão sistemática, 4 utilizaram método de relato de experiência, 3 utilizaram o método revisão da integrativa, 3 utilizaram o método da revisão da narrativa e 1 utilizaram o método do ensaio.

A partir do que foi descrito, será mostrado as categorias dos resultados da revisão, utilizando a técnica da análise de conteúdo.

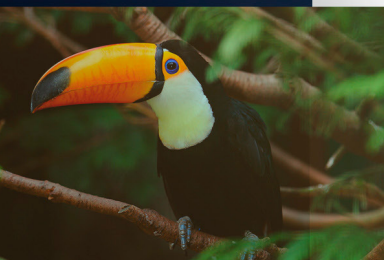
Principais impactos da atuação na pandemia de COVID-19 na SM dos profissionais de saúde

Em resumo, os resultados apresentados sugerem que o aumento de jornadas de trabalho, medo de contaminação, isolamento social, acrescido da falta de equipamentos, de proteção individual e de protocolos estabelecidos têm contribuído para o desgaste mental dos profissionais de saúde que atuam na linha de frente da pandemia. Segundo Baptista *et al* (2022) a pandemia de Covid-19 impôs aos trabalhadores de saúde uma mudança brusca e impactante no processo de trabalho.

De acordo com Ferreira e Brust-Renck (2021), diversos fatores podem contribuir para o sofrimento psíquico, já que ele é vivido de maneira subjetiva. O estudo demonstra que as longas jornadas de trabalho aliado a desvalorização profissional e a falta de descanso tem contribuído para o sofrimento psicológico destes profissionais. Os desgastes físicos e psíquicos surgem da preocupação emocional do dia a dia do trabalho, que acaba levando ao surgimento da



SUMÁRIO



ansiedade, depressão e estresse na SM destes trabalhadores que atuam na área da saúde, pois acabam não tendo tempo de qualidade de vida. (ARIZA-MONTES *et al.*, 2022). Entretanto, as medidas de distanciamento social impostas pela situação pandêmica podem estar ligadas à ocorrência de sintomas de estresse, depressão e ansiedade e é algo a ser investigado nos profissionais brasileiros (DU *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; SHAH *et al.* 2020; SOUZA; SOUZA, 2020; TENGILIMOĞLU *et al.*, 2021, ZHENG *et al.*, 2021).

Desta forma, neste estudo, observamos que o aumento da carga horária, falta de EPIs e de equipamentos para assistência aos acometidos pelo vírus versus a tentativa de contemplar um grande número de pacientes; a necessidade de tomar decisões sobre manter suporte ventilatório a pacientes críticos com pouca chance de sobreviver versus optar por quem tem mais chances; o pouco tempo para descanso versus o tempo para regeneração natural do corpo; o medo do contágio e a segurança de familiares versus o dever médico de dar assistência foram os principais dilemas enfrentados pelos profissionais de saúde. Outros dilemas como medo de contágio e de contaminar seus familiares em contraponto à necessidade de cumprir com seu dever pode ocasionar um conflito na SM dos profissionais. Existem também os chamados dilemas éticos onde os profissionais de saúde vivenciam situações difíceis na prática clínica em saúde para as quais as possíveis soluções podem ser pouco atraentes ou resolutivas e requerem o uso de um raciocínio moral e ético mais elevado (LIMA *et al.*, 2022).

A literatura relata que os profissionais que diretamente atuam em contato ao vírus da Covid-19, nas diferentes áreas relacionadas à saúde, segurança, transporte de pessoas e produtos e nos diferentes tipos de contribuição de serviços relatam exaustão, redução da empatia, ansiedade, irritabilidade, manifestação de sintomas de estresse agudo, insônia e decaimento de funções cognitivas e do desempenho (BARROS-DELBENET *et al.*, 2020). As vivências hospitalares de

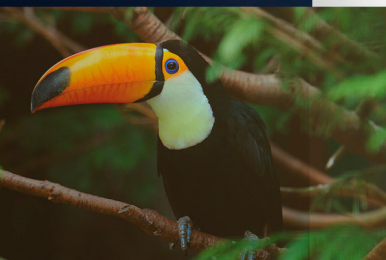
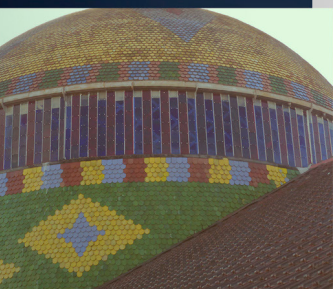
sofrimento e morte, modificação de rotinas são fatores que causaram um impacto negativo na vida dos profissionais de saúde (HUARCAYA-VICTORIA *et al.*, 2022). O Quadro 01 resume o discutido nesta categoria:

Quadro 01 - Principais pontos de impactos atuantes na pandemia de Covid-19 na SM dos profissionais de saúde

- Aumento da carga de trabalho e pouco descanso;
- Medo de contaminação e de contaminar os familiares;
- Falta de material adequados para a realização do trabalho;
- A desvalorização por parte das instituições em que trabalham.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



Principais sintomas presentes na SM dos profissionais de saúde

Através da literatura, foi observado que a depressão, ansiedade e estresse têm sido os diagnósticos mais presentes na realidade dos profissionais de saúde atuantes na pandemia. Um estudo realizado em um dos primeiros Centro de Referência em Testagem para Covid-19 no Rio de Janeiro (BR), onde 2.996 trabalhadores na área da saúde participaram, foi constatado que cerca de metade dos profissionais de saúde demonstraram algum grau de estresse, ansiedade ou depressão, seja leve, moderado ou leve. Eles relatam também que houve uma ligação entre a percepção de risco de adoecimento por Covid-19 e os sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Foi observado que os resultados mostraram associações mais fortes à medida que aumentava a classificação de gravidade de cada sintoma avaliado (SILVA-COSTA; GRIEP; ROTENBERG, 2022).

Um outro estudo realizado com 403 profissionais em Nepal, durante a pandemia apresentou vários pontos como medo, ansiedade e pensamentos obsessivos sobre o vírus, como fatores de risco para estresse psicológico nos profissionais de saúde (ATREYA *et al.* 2022).

SUMÁRIO



Segundo Ornell *et al.* (2020) é visível os impactos da pandemia da Covid-19 na SM dos profissionais da saúde, dentre os quais os principais sintomas apresentados são o aumento de estresse, ansiedade e depressão. É possível perceber as consequências da pandemia na SM, porém não é contabilizado o fardo dos danos sofridos para com os profissionais de saúde. Segundo Vieira, Anido e Calife (2022), se não houver uma preocupação real em relação ao SM dos profissionais de saúde, isso pode acabar afetando não apenas o seu modo de trabalhar como também outras áreas de suas vidas.

O ambiente de trabalho é abordado na literatura como um lugar que acaba gerando ansiedade, estresse e depressão nos profissionais de saúde, pois existem diversas variáveis que acabam desencadeando este quadro, como por exemplo ter que lidar diariamente com os pacientes, familiares, chefes e rotinas, além de se trabalhar com a incerteza. Segundo Nazar *et al* (2022) o ambiente de trabalho tem sido um fator importante para gerar transtornos mentais. Portanto, os trabalhadores na área da saúde estão entre os grupos mais afetados pelo lugar em que trabalham. Como consequência direta da pandemia de Covid-19, por estarem expostos a fontes crônicas e múltiplas de estresse psicológico, os profissionais de saúde constituem uma população vulnerável ao sofrimento psíquico.

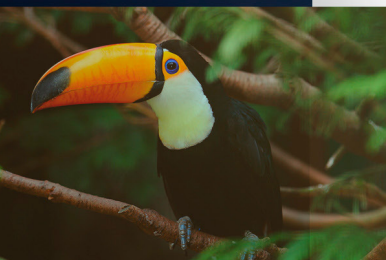
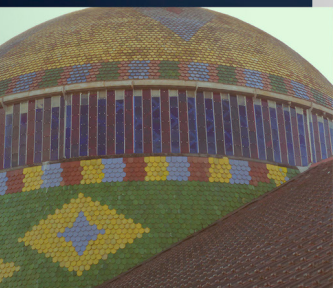
Guilland *et al.* (2022) descreve que sintomas de depressão e ansiedade têm sido vivenciados pelos trabalhadores da saúde brasileiros corriqueiramente e Li *et al* (2022) relata que a exposição ao trauma acaba gerando depressão nos profissionais de saúde que estão na linha de frente da Covid-19. O Quadro 02 resume os fatores de desgaste para profissionais de saúde.

Quadro 02 – Principais fatores para o desgaste mental dos profissionais de saúde

- Ambiente de trabalho;
- Contato direto com pacientes infectados pela covid-19;
- A incerteza do trabalho;
- Vulnerabilidade ao Estresse, Sintomas de Ansiedade, Solidão e Irritabilidade tiveram o potencial para diminuir a satisfação no trabalho e são frequentes na saúde mental dos profissionais;
- Esgotamento.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



O desgaste mental dos profissionais de enfermagem que atuam na pandemia da COVID-19

A literatura sugere que dentre os profissionais da área da saúde, os enfermeiros representam a classe profissional mais afetada pelo sofrimento psíquico, pois apresentam com frequência sintomas de estresse, depressão e ansiedade relacionados à intensidade do trabalho que fazem. Segundo Alves *et al* (2022), é comprovado que os profissionais da enfermagem que estão na linha de frente no atendimento com pessoas infectadas pela Covid-19, acabam se expondo a um alto risco de infecção e apresentam sintomas graves de adoecimento psíquico.

Em um estudo realizado em um hospital privado do Paraná (BR), com a participação de 132 profissionais de enfermagem, foram encontrados 48% sinais de depressão, 52% sinais de ansiedade e 52% sinais de estresse nos profissionais. Em relação à qualidade de sono, 75% da população apresentou distúrbios do sono, 68% relataram insônia. Os autores deste estudo relatam que a percepção de risco impactou de forma negativa os profissionais de enfermagem, visto a alta propagação do contágio e mortalidade do COVID-19 entre eles. Desta forma, a área da enfermagem apresentou maior tendência para adoecimento mental (MAIER, KANUNFRE, 2021).

SUMÁRIO

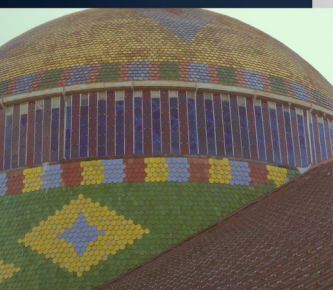


Outro estudo, que contou com a participação de 490 profissionais de enfermagem atuantes nos serviços de média e alta complexidade do estado do Rio Grande do Norte (BR), relatou que 38% apresentaram sintomas graves de depressão, 39,6% de ansiedade e 62,4% apresentaram a SB. Os autores deste estudo observam que, mais de um terço dos profissionais de enfermagem foram impactados pela Covid-19, onde percebe-se uma elevada predominância de sintomas da SB, como também ansiedade e depressão (NASCIMENTO *et al.*, 2021). A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um local de trabalho hostil para os profissionais de saúde, principalmente para os profissionais de enfermagem, pois além de ter que assumir o papel de liderança na equipe, possuem um contato mais direto com os pacientes em condições críticas, onde se exige maior agilidade e rapidez em suas ações, fatores estes, que são responsáveis por grande desgaste físico e mental desses profissionais (SANTOS; GUEDES, 2019).

Segundo Moreira e Lucca (2020), a enfermagem enfrenta problemas relacionados à sobrecarga de trabalho e as suas más condições, falta de recursos e baixa valorização profissional, o aumento de profissionais contaminados e afastados que acaba contribuindo para a sobrecarga das equipes de saúde e contribui para o esgotamento psíquico da equipe de enfermagem. Existem relatos de adoecimento psíquico como ansiedade generalizada, depressão, ataques de pânico, SB ou esgotamento profissional.

Amaral *et al.* (2022) descreve a importância de se ter um planejamento na execução do suporte ético-emocional para com os profissionais de enfermagem que estão na linha de frente da pandemia da Covid-19. Através de um relato de experiência feito com 241 profissionais de enfermagem, foram declarados sentimentos, emoções, vivências e problemas oriundos do cotidiano de trabalho da enfermagem diante do contexto pandêmico. Tais problemas reforçam a eminência, a urgência e o valor que o suporte desses profissionais teve e tem para a preservação da vida. Os autores deste estudo relatam que os atendimentos em

SUMÁRIO



SM voltados aos profissionais de enfermagem culminaram na redução de sentimentos negativos; na percepção aumentada (identificação de potenciais ameaças e contextos de “gatilhos”); na valorização pessoal; no autoconhecimento e autocuidado (AMARAL *et al.*, 2022).

A literatura relata uma piora no estado de SM dos profissionais de enfermagem relacionada à carência de equipamento de proteção individual; a vulnerabilidade na definição dos protocolos e dos fluxos para monitorar de forma eficaz as infecções; ao aumento de carga de trabalho e também por não possuir uma formação profissional adequada para enfrentar essa crise sanitária da covid-19 e a imprecisão em relação aos parâmetros terapêuticos. Luz *et al* (2021) descreve que a área da enfermagem executa tarefas cansativas, além de extensas jornadas de e acompanhadas de plantões exaustivo, o que acaba possibilitando os profissionais ao risco de desenvolvimento da SB. O Quadro 03 apresenta pontos de desgaste da SM para profissionais da enfermagem.

Quadro 3 – Os principais pontos do desgaste mental dos profissionais de enfermagem que atuam na pandemia da Covid-19

- A presença de ansiedade, estresse, depressão culminando no desenvolvimento de SB na saúde mental dos enfermeiros;
- Plantões exaustivos;
- A falta de uma formação adequada para lidar com a crise pandêmica;
- Carência de equipamentos adequados para prevenção;
- Contato direto com os pacientes da Covid-19 e com seus familiares;
- O isolamento social e a insegurança;
- O aumento de hábitos tóxicos;
- Cansaço físico.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO

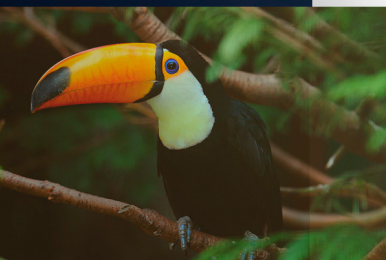
A Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde

É abordado na literatura que dentre os três fatores presentes no Burnout, a que mais se destacou foi a exaustão emocional, seguido da despersonalização e da baixa realização pessoal. Segundo Mavrounis *et al.* (2022), a SB é uma dificuldade psicossocial conhecida que tem sido cada vez mais visível em profissões exigentes e é causado pela má administração do estresse crônico no local de trabalho.

Uma pesquisa realizada com 109 profissionais que trabalharam em unidades da COVID-19 na Grécia, foi possível ver que 71,6% dos participantes tiveram uma pontuação da SB alta, enquanto 20,5% tiveram uma pontuação moderada e 7,9% tiveram uma pontuação baixa. É visível as consequências do estresse psicológico, conforme indicado pelo nível da SB (MAVROUNIS *et al.*, 2022).

Kamali *et al.* (2022) destaca que a SB ocupacional se trata de um problema global na área da saúde, pois afeta a SM e bem-estar dos profissionais de saúde, bem como influencia na menor motivação para fornecer serviços de saúde, redução da qualidade do atendimento prestado aos pacientes, maior número de erros médicos e aumento índice de absenteísmo e rotatividade no momento da pandemia. Além disso, os profissionais de saúde com a SB são mais propensos a se sentir insatisfeitos com seus cargos e até mesmo procurar outros. Horta *et al.* (2021) descreve que há um prevaecimento de sofrimento psíquico, estresse percebido e SB na saúde mental dos profissionais de saúde.

A literatura destaca que fatores como alta carga de trabalho, falta de flexibilidade de horário, carga de tarefas administrativas e preocupação com a segurança no local de trabalho têm sido conhecidos por contribuir para o burnout. Maunder *et al.* (2022, p. 9) afirmam que “[...] as taxas de burnout e sofrimento psicológico aumentam e diminuem



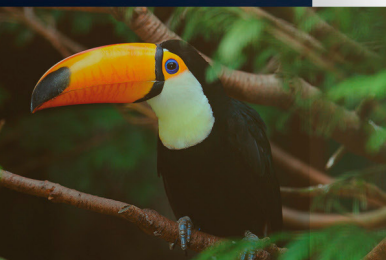
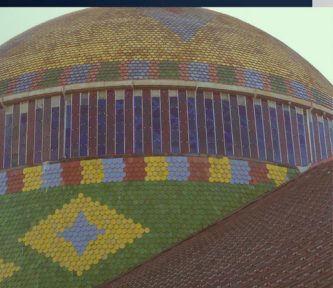
em um padrão possivelmente atribuível a mudanças nos estressores em nível comunitário e organizacional [...]”. O Quadro 04 aponta fatores relacionados à SB em profissionais de saúde atuantes na pandemia de Covid-19.

Quadro 04 – Principais pontos da SB nos profissionais de saúde

<ul style="list-style-type: none"> • Exaustão emocional; • Despersonalização; • Baixa realização pessoal; 	<ul style="list-style-type: none"> • Jornadas de trabalho longa; • Preocupação com sua segurança no local de trabalho; • Qualidade de sono;
--	--

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



Principais estratégias de enfrentamento dos profissionais de saúde para lidar com as demandas de SM na pandemia de COVID-19

A literatura destaca a importância de se conhecer o estado da SM dos profissionais de saúde por parte das instituições e comunidade científica, para que se tenha soluções rápidas e imediatas na gestão clínica e psicossocial tendo em vista diminuir os graus de ansiedade e de outros fatores que possam interferir na SM e formação destes profissionais. Herense, Perdomo e Fernandes (2021) relatam estratégias individuais e coletivas para promoção de saúde mental dos profissionais de saúde, tais como meditação antes do plantão, orações e mudança provisória de domicílio para a proteção dos seus familiares.

Dessa forma, é de suma importância propor estratégias que visem à garantia de ações de biossegurança, proteção, organização e condições de trabalho apropriadas a todos os profissionais, independentemente da categoria ou vínculo institucional. Kulluman *et al.* (2022) propõe estratégias para investir na SM e no bem-estar dos profissionais

SUMÁRIO



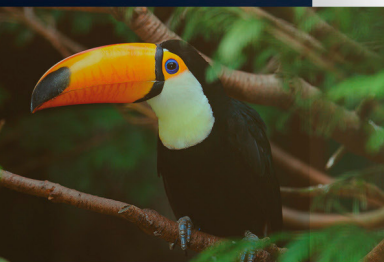
de saúde, como o aprimoramento das evidências de pesquisa e a criação de novos serviços de SM e apoio social como parte de futuros planos de pandemia, além do aprimoramento da transparência e o desenvolvimento de informações e comunicação de risco como parte da prevenção de infecções por Covid-19.

Silva-Júnior *et al* (2021) descrevem que os aspectos psicossociais do trabalho tiveram forte associação com uma piora nos sintomas de sofrimento psíquico. Portanto, é necessário um mapeamento em relação aos serviços de saúde que tenham esses aspectos para traçar ações de promoção da SM e prevenção do desgaste emocional nos diversos níveis de atenção.

A literatura aborda também o instrumento RESTORE (Recovering from Extreme Stressors Through Online Resources and E-health), pois se trata de uma estratégia de intervenção transdiagnóstica online que inclui intervenções cognitivo-comportamentais. Foi especificamente projetado para melhorar os sintomas de ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) associados a estressores relacionados ao Covid-19. Segundo Trottier *et al* (2022), o RESTORE é uma intervenção de SM, guiada e autogerida, baseada em terapias cognitivo-comportamentais baseadas em evidências para indivíduos expostos a experiências traumáticas ou outras experiências extremamente estressantes.

É possível perceber os impactos da Covid-19 na SM dos profissionais de saúde, onde diversos fatores como estresse durante a continuidade da pandemia, podem gerar dificuldades no trabalho, o que acaba tendo impacto não apenas no controle de ações contra a Covid-19 como também possuem um efeito no bem-estar destes, posterior ao período epidêmico. Deste modo é preciso criar diretrizes relacionadas ao acolhimento, adesão e acompanhamento dos profissionais de saúde por meio de propostas institucionais de suporte às demandas emocionais. Segundo Cunha *et al* (2021) a principal

SUMÁRIO



intervenção sobre a SM é garantir boas condições de trabalho e de descanso, entre elas a promoção de espaços agradáveis de descanso, com atividades de lazer e provimento de alimentação adequada. Também, indica a promoção de visitas de Psicólogos no momento de descanso e não durante o trabalho, permitindo uma escuta qualificada.

Moser *et al.* (2021) descreve que os profissionais de saúde que estão no combate à pandemia da Covid-19, precisam ter precisam ter a sua SM monitorada regularmente, especialmente em relação aos escores de depressão, ansiedade, esgotamento e risco de suicídio. Segundo Dawood, Tomita e Ramlal (2022, p. 12) afirmam que “[...] é necessário um modelo de duas frentes que atenda às necessidades da pandemia e também atenda às consequências pós-pandemia de luto, esgotamento, depressão e estresse pós-traumático”.

Reforçar o apoio social e proporcionar um ambiente de trabalho higiênico bem equipado para tratar pacientes com Covid-19 e prevenir sua transmissão provará ser uma fonte de alívio psicológico para as pessoas relacionadas à profissão de saúde. Aconselhamento psicológico e/ou psiquiátrico regular e uma plataforma oficial para expressar suas preocupações às autoridades de saúde e ao governo ajudarão a mitigar a ansiedade e o medo dos profissionais de saúde e estagiários e otimizar sua produtividade. O Quadro 05 traz pontos sobre o enfrentamento dos profissionais de saúde em relação às suas demandas de SM.

Quadro 05 – Principais pontos de estratégia de enfrentamento dos profissionais de saúde para lidar com as demandas de saúde mental na Pandemia de COVID-19

<ul style="list-style-type: none"> • Linha direta 24 horas para apoio psicológico; • Ferramentas de auto resgate por meio de aplicativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atendimento com psicólogos; • A utilização do Restore; • Implantar condições de trabalho adequadas.
---	---

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



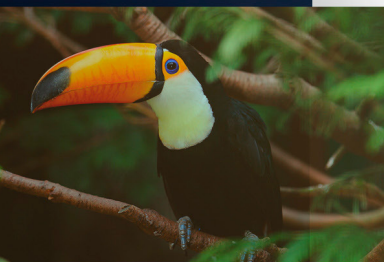
CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo as considerações finais deste estudo, nosso objetivo foi analisar a literatura sobre a SM de profissionais de saúde atuantes na linha de frente da pandemia de Covid-19. Foram elencados 78 estudos nacionais e internacionais que discutiram diversas demandas que vulnerabilizam a SM desses profissionais. A revisão mostrou que muitos profissionais de saúde que estão na linha de frente têm apresentado um desgaste e sofrimento psíquico elevados devido aos desafios encontrados em suas práticas, bem como tiveram exacerbados sintomas já pré-existentes. Os profissionais diretamente atuantes no combate à pandemia enfrentaram muitas adversidades em seu cotidiano, distanciando-se da família e amigos, aumentando a jornada de trabalho, colocando-se em risco para cuidar de quem precisa. Também se depararam com diversas dificuldades, apesar de terem tido um treinamento para observar aos que têm enfrentado situações adversas em um cenário específico e emocionalmente distante, se viram afetados por dificuldades muito semelhantes às dos seus pacientes, onde o distanciamento emocional já não era mais possível.

Destacamos em especial, a vulnerabilidade de profissionais da enfermagem, que foram relatados como a classe que mais sofreu impactos em sua SM devido às características de sua atuação. Encontramos ainda diversas estratégias para o enfrentamento das consequências da atuação contra a Covid-19 na SM dos profissionais de saúde, mas ainda é necessária uma maior atenção nesse aspecto.

Como limitações, o estudo não abordou aspectos farmacológicos da SM dos profissionais, visto que nosso foco se voltou às questões psicossociais. Portanto, espera-se que esta revisão integrativa da literatura possa contribuir como base de estudo para futuras pesquisas relacionadas a à saúde mental de profissionais da saúde que atuam na linha de frente da pandemia de COVID-19.

SUMÁRIO



REFERÊNCIAS

ALONSO J. *et al.* Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey. **Revista Psiquiatria e Salud Mental**, Barcelona, v.14, n. 2, p.90-105, 2021.

ALVES, J. S. *et al.* Psychopathological symptoms and work status of Southeastern Brazilian nursing in the context of COVID-19. **Revista Latino-Americano Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. e3518, 2022.

AMARAL, G. G. *et al.* Suporte ético-emocional à profissionais de enfermagem frente à pandemia de COVID-19: relato de experiência. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 26, n. spe, p. e20210234, 2022.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 2423-2446, 2020.

ARIZA-MONTES, A.; MAHMOOD, F.; HAN, H.; SALEEM M. The Mental Well-Being of Health Care Professionals During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Occupational Environmental Medicine**, Baltimore, v. 64, n. 5, p. 429-442, 2022.

ATREYA, A. *et al.* Assessment of fear, anxiety, obsession and functional impairment due to COVID-19 amongst health-care workers and trainees: A cross-sectional study in Nepal. **F1000Research**, Londres, v. 11, p. 119, 2022.

BARDIN, L. Análise de conteúdo: A visão de Laurence Bardin. **Revista Eletrônica de Educação**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 383-387, 2011.

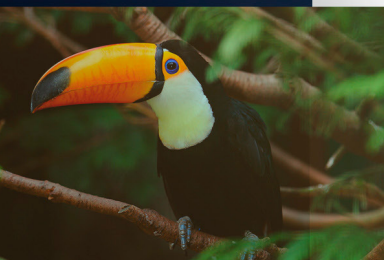
BAPTISTA, P. C. P. *et al.* Distress and pleasure indicators in health care workers on the COVID-19 front line. **Revista Latino-Americano de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. e3553, 2022.

BARROS, M. B. D. A. *et al.* Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 4 p. e2020427, 2020.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Immediate. Health Surveillance Response to COVID-19 Epidemic. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, p. e2020002, 2020.

CUMHA, L. B. *et al.* Estratégias de enfrentamento (coping) da equipe de enfermagem durante a pandemia de covid-19 no Brasil: Uma revisão integrativa da literatura. **Revista Cui.Art Enfermagem**, Cantaduva, v. 15, n. 2, p. 263-273, 2021.

SUMÁRIO



DAWOOD, B.; TOMITA, A.; RAMLALL, S. 'Unheard,' 'uncared for' and 'unsupported': The mental health impact of Covid -19 on healthcare workers in KwaZulu-Natal Province, South Africa. **PLoS ONE**, São Francisco, v. 17, n. 5, p. e0266008, 2022.

DU, J *et al.* Mental Health Burden in Different Professions During the Final Stage of the COVID-19 Lockdown in China: Cross-sectional Survey Study. **Journal of medical Internet Research**, Pittsburgh, v. 22, n. 12, p. e24240, 2020.

DANTAS, E. S. O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 25, n 1, p. e 200203, 2021.

EVANS, D.; PEARSON, A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n.5, p.593-599, 2001.

FERRARI, J.; BRUST-RENCK, P. G. Cuidados em saúde mental ofertados a profissionais de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Poto Alegre, v. 23, n. 1, p. 127-142 2021.

GELFERT, A. (2018). Fake News: A Definition. **Informal Logic**. **Revista Informal Logic**. Windsor, v.38, n1, p. 84-117, 2018.

GUILLAND, R. *et al.* Prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em trabalhadores durante a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.20, n. 1, p. 16. 2022.

HERENSE, M.; PERDOMO, S. B.; FERNANDES, A. C. S. Nós da linha de frente: diálogos sobre o ser da saúde no contexto da pandemia. **Caderno de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 265-278, 2021.

HORTA, R. L. *et al.* O estresse e a saúde mental de profissionais da linha de frente da COVID-19 em hospital geral. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 1, p. 30-38, 2021.

HUARCAYA, V. J. *et. al.* Factors Associated with Mental Health Outcomes in Hospital Workers during the COVID-19 Pandemic: A Mixed-Methods Study. **Int. J. Environ. Health**, Londres, v. 19, n. 9, p. e5346, 2022.

KAMALI, M. A. M. *et al.* Occupational burnout in Iranian health care workers during the COVID-19 pandemic. **BMC Psychiatry**, Londres, v. 22, n. 1, p. e 365, 2022.

KUHLMANN, E. *et al.* Healthcare Workers' Perceptions and Medically Approved COVID-19 Infection Risk: Understanding the Mental Health Dimension of the Pandemic. A German Hospital Case Study. **Frontiers Public Health**, Lausanne, v.10, n.1, p. e898840, 2022.

SUMÁRIO



LI, C. *et al.* Trauma exposure and depression among frontline health professionals during COVID-19 outbreak in China: the role of intrusive rumination and organizational silence. **BMC Psychiatry**, Londres, v. 22, n.1, p. e 366, (2022).

LI, Q. *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 382, n.13, p. 1199-1207, 2020.

LIMA, A. F. S. *et al.* Dilemas éticos durante a pandemia de covid-19. **Revista Bioética**, Brasília, v. 30, n. pp. 19-26, 2022.

LUZ, D. C. R. P *et al.* Burnout e saúde mental em tempos de pandemia de COVID -19: revisão sistemática com metanálise. **Revista Nursing**, Santana de Paraíba, v.24, n. 276, p. 5714-5725, 2021.

MAIER, M. R.; KANUNFRE, C. C. Impacto na saúde mental e qualidade do sono de profissionais da enfermagem durante a pandemia da COVID-19. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 29, n 1, p. e61806, 2021.

MAVROVOUNIS G. *et al.* Watch Out for Burnout in COVID-19: A Greek Health Care Personnel Study. **Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing**, Chicago, v. 59, n.1, 2022.

MAUNDER, R. G. *et al.* Trends in burnout and psychological distress in hospital staff over 12 months of the COVID-19 pandemic: a prospective longitudinal survey. **Revista Journal of Occupational Medicine and Toxicology**, Londres, v. 17, n. 1, p. 1-11, 2022.

MOREIRA, A. S.; LUCCA, S. R. Apoio psicossocial e saúde mental dos profissionais de enfermagem no combate à COVID-19. **Enfermagem em Foco 2020**, v. 11, n.1, p. 155-161, 2020.

MOSER, C. M. *et al.* Saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia do coronavírus (Covid-19). **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 107-125, 2021.

NASCIMENTO, A. K. F. *et al.* Impactos da pandemia de COVID-19 sobre a saúde mental de profissionais de enfermagem. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 26, p. 169-186, 2021.

NAZAR, T. C. G. *et al.* Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental de profissionais da saúde frente à pandemia do Covid-19. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 26, n. 1, p. 47-55, 2022.

SUMÁRIO



ORNELL, F. *et al.* O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 4, p. 1-6, 2020.

FIOCRUZ. **Pesquisa mostra saúde mental dos profissionais da saúde na pandemia.** 2022. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/pesquisa-mostra-impacto-da-pandemia-na-saude-mental-de-profissionais-da-saude/>

PORTAL G1. **Ex-médicos da Prevent Senior afirmam que operadora obrigava a trabalharem com Covid-19 e a receitar medicamento capaz de provocar hepatite fulminante.** 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/2021/04/11/ex-medicos-da-prevent-senior-afirmam-que-operadora-obrigava-a-trabalharem-com-covid-19-e-a-receitar-medicamento-capaz-de-provocar-hepatite-fulminante.ghtml>.

SANTOS, M. J.; GUEDES, V. M. Estresse entre profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Científica de Enfermagem-RECIEN**, São Paulo, v. 9, n. 27, p. 13-22, 2019.

SILVA-COSTA, A.; GRIEP, R. H.; ROTENBERG, L. Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cadernos de Saúde Pública (online)**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, e00198321, 2022.

SILVA-JUNIOR J. S. *et al.* Estressores psicossociais ocupacionais e sofrimento mental em trabalhadores de saúde na pandemia de COVID-19. **Einstein**, São Paulo, v.19, n1, p. eAO6281, 2021.

SHAH, S. M. A. Prevalence, psychological responses and associated correlates of depressionndemic. **Community Mental Health Journal**, New York, v. 57, n. 1, p. 101-110, 2020.

SOUZA, B. C.; SOUZA, F. M. C. Does Social Isolation Really Curb COVID-19 Deaths? Direct Evidence from Brazil that it Might do the Exact Opposite. **SSRN Eletronic Journal**, Rochester, 2020.

TENGILIMOĞLU, D. *et al.* Impacts of COVID-19 pandemic period on depression, anxiety and stress levels of the healthcare employees in Turkey. **Legal Medicine**, Tokyo, v. 48, n. 1, e.101811, 2021.

TROTTIER K *et al.* Initial findings on RESTORE for healthcare workers: an internet-delivered intervention for COVID-19-related mental health symptoms. **Translational Psychiatry**, California, v. 12, n. 1, p. e222, 2022.

SUMÁRIO

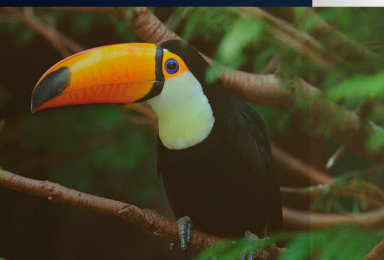
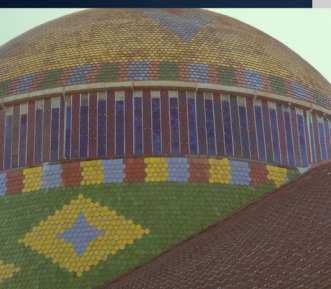
TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. **A doutora formada na UFBA que liderou o primeiro sequenciamento genético do coronavírus no Brasil**, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ufba.br/doutora-formada-na-ufba-que-liderou-o-primeiro-sequenciamento-genetico-do-coronavirus-no-brasil>

VIEIRA, J.; ANIDO, I.; CALIFE, K. Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: é mais difícil para elas? **Saúde em Debate**, Londrina, v. 46, n. 132, pp. 47-62, 2022.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v.52, n.5, p. 546– 553, 2005.

ZHENG, R. *et al.* Prevalence and associated factors of depression, anxiety, and stress among Hubei pediatric nurses during COVID-19 pandemic. **Comprehensive psychiatry**, New York, v. 104, n. 1, p. e 152217, 2021.



14

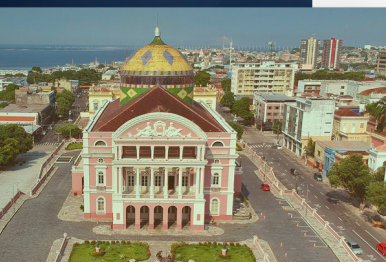
Carlyanne da Silva Castro

Grace Fernanda Severino Nunes

ATUAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES PARA O ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES PÓS COVID-19 NO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE FIGUEIREDO

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.14](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.14)

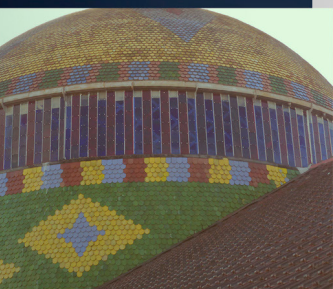
SUMÁRIO

**Resumo:**

A pandemia da Covid-19 representa uma preocupante emergência de saúde pública, exigindo ações estratégicas em diversos níveis da rede de atenção à saúde e trouxe enormes desafios para a saúde pública, que vão além da fase crítica da doença e hospitalização. Sendo assim, o objetivo do estudo foi evidenciar os métodos utilizados para acompanhar os pacientes pós-covid, explanando sobre a atuação da atenção primária à saúde (APS) no acompanhamento, tratamento e reabilitação dos pacientes e a partir disso conhecer qual o papel da atenção primária diante da pandemia provocada pela Covid-19. Trata de uma pesquisa quali-quantitativa. Nos resultados, observou-se que o trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) pode ajudar a identificar indivíduos e famílias em situação de maior vulnerabilidade, auxiliar na entrega de alimentos e outros itens essenciais, além de mobilizar os recursos da própria comunidade. Por fim, conclui-se que é necessário centralizar a APS na agenda do Ministério da Saúde para que o SUS não seja asfixiado com emendas constitucionais que contingenciam os recursos destinados ao setor pela União.

Palavras-Chave: APS; Enfrentamento; Pandemia da Covid-19.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

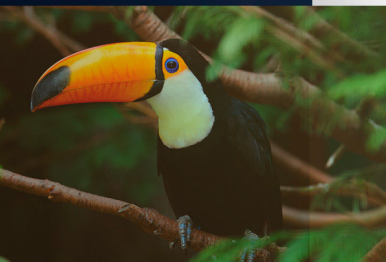
De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), coronavírus é o nome dado a um grupo de vírus RNA envelopado, com alta capacidade de mutação e estrutura microscópica com espículas, parecida com uma coroa. É uma grande família com quatro gêneros distintos (alfa, beta, delta e gama) encontrada em animais como porcos, camelos, morcegos e gatos. Os vírus alfas e beta conseguem, através de mutações, atravessar a barreira interespecie, infectando os humanos (OPAS, 2021).

Identificada inicialmente em Wuhan, vasta capital da província da China Central no final de dezembro de 2019, disseminou-se de forma rápida e globalmente, atingindo mais de 200 países. A Covid-19, doença ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) designada como pandemia pelas autoridades mundiais de saúde, firma-se como preocupante emergência global de saúde pública. A pandemia da Covid-19 representa preocupante emergência de saúde pública, exigindo ações estratégicas em diversos níveis da rede de atenção à saúde e trouxe enormes desafios para a Saúde Pública, que vão além da fase crítica da doença e hospitalização.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Ela agrega atividades essenciais de acesso a serviços, ampliação no atendimento de qualidade, atividades de promoção e prevenção à saúde ligadas às ações de diagnóstico e tratamento oportuno e precoce de problemas, bem como ações para redução de cuidados especializados e prejudiciais e maior segurança ao paciente (SELLERA *et al.*, 2020; MARTINS *et al.*, 2020).

Visando a bloquear e reduzir o risco de expansão, a APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos municípios,

SUMÁRIO



estabelecendo fluxos de informação, em uma via de mão dupla, para aprimorar a qualidade das ações.

A notificação, detecção e acompanhamento dos casos, com isolamento domiciliar dos casos e quarentena dos contatos são atividades centrais de mitigação da epidemia, a serem desenvolvidas pelas equipes de APS. O isolamento social pode ser incentivado por todos os profissionais da equipe, principalmente pelos agentes comunitários de saúde (ACS), mobilizando lideranças e recursos locais com ampla divulgação de informações e realização de medidas concretas.

A literatura tem mostrado que os ACS são importantes aliados no enfrentamento de epidemias (BHAUMIK *et al.*, 2020), especialmente no que diz respeito à conscientização da população e combate ao estigma relacionado à doença, o que realça o seu papel na difusão de informações corretas sobre a prevenção de COVID-19, no combate às *fake news* e no apoio a atividades educativas no território, relacionadas à higiene e proteção de trabalhadores e usuários nos diversos equipamentos sociais, de modo que se constituam em ambientes seguros para a população.

Diante da emergência em saúde pública atual, há necessidade de desenvolvimento de estudos voltados a estratégias em níveis primários de atenção à saúde, para conhecer a situação de saúde brasileira no combate à pandemia e elaborar medidas de enfrentamento. Assim, discorreremos na questão qual é o papel da atenção primária diante da pandemia causada pelo Covid-19?

O objetivo do estudo foi evidenciar o papel da atenção primária à Saúde no acompanhamento, tratamento e reabilitação dos casos de Covid-19. Os objetivos secundários e específicos foram identificar quais os métodos utilizados para acompanhamento de pacientes pós-covid, explanar sobre as principais alterações advindas da Covid-19

SUMÁRIO



e identificar quais os métodos utilizados para acompanhamento de pacientes pós Covid-19.

A pandemia da Covid-19 representa preocupante emergência de saúde pública, exigindo ações estratégicas em diversos níveis da rede de atenção à saúde. A pandemia causada pelo novo coronavírus (COVID-19) trouxe enormes desafios para a Saúde Pública, que vão além da fase crítica da doença e hospitalização.

O isolamento social decorrente da pandemia trouxe grandes desafios para o trabalho de equipes hospitalares ou equipes multidisciplinares no modelo tradicional ou presencial. A atenção primária à Saúde tem um papel fundamental no acompanhamento, tratamento e reabilitação dos casos de Covid-19. O Brasil possui um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em uma vasta rede de APS, mas com problemas crônicos de financiamento, provisão de profissionais e estruturação de serviços.

Apesar desses obstáculos, a APS brasileira tem obtido pontos positivos que a distinguem internacionalmente. A atuação da APS pode ser sistematizada em quatro eixos: (i) vigilância em saúde nos territórios; (ii) atenção aos usuários com COVID-19; (iii) suporte social a grupos vulneráveis; e (iv) continuidade das ações próprias da APS.

A partir destas afirmações, o interesse sobre o tema surgiu ao constatar que as UBS (Unidades Básicas de Saúde) não possuem suporte suficiente tanto em material quanto em profissional para o acompanhamento adequado para esse tipo de paciente.

SUMÁRIO

REVISÃO TEÓRICA

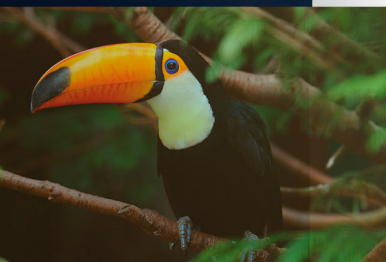
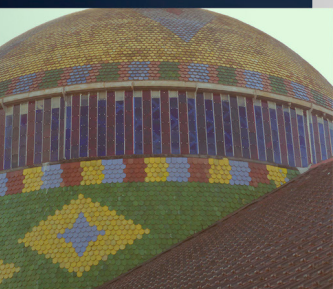
Atenção Primária à Saúde

A saúde pública assim como outros temas importantes possuem inúmeras definições e conceitos, porém, as suas finalidades e importância quando comparados a outros campos de estudo é grandiosamente destacada devido ao seu conceito abranger uma ação coletiva dentro do Estado e da Sociedade Civil com o objetivo de estar totalmente voltada a melhoria das condições de vida dos indivíduos e das comunidades. Além disso, possui estratégias que ultrapassam os limites de atendimentos comunitários, chegando a ofertar o acesso à saúde de qualidade em amplos campos de atuação que vão desde o atendimento primário a saúde até as mais diversas especialidades médicas (BRASIL, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do sistema de saúde. Ela agrega atividades essenciais de acesso a serviços, ampliação no atendimento de qualidade, atividades de promoção e prevenção à saúde ligadas às ações de diagnóstico e tratamento oportuno e precoce de problemas, bem como ações para redução de cuidados especializados e prejudiciais e maior segurança ao paciente (BHAUMIK *et al.*, 2020).

Diversos países promoveram mudanças na Atenção Primária em razão da pandemia de COVID-19, uma vez que este é o primeiro ponto de contato do paciente que contraiu o SARS-CoV-2 com o Sistema de saúde (MAJEED *et al.*, 2020 e GREENHALGH *et al.*, 2020).

O enfrentamento à pandemia exige a elaboração de planos de gerenciamento de risco (DUNLOP, 2020) em vários níveis (nacional, estadual, municipal e local), fortalecendo a atuação no território, que considere: a população a ser acompanhada (casos leves de



SUMÁRIO



Covid-19 e outros problemas de saúde); a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho, evitando, também, que sirvam de fonte de contaminação; as mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local; as necessidades de apoio logístico e operacional (incluindo transporte, material e equipamentos de segurança e proteção); formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; a retaguarda necessária a uma ação coordenada da APS com outras instituições e serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade.

Diante da emergência em saúde pública atual, há necessidade de desenvolvimento de estudos voltados a estratégias em níveis primários de atenção à saúde, para conhecer a situação de saúde brasileira no combate à pandemia e elaborar medidas de enfrentamento.

Coronavírus

É o nome dado a um grupo de vírus RNA envelopado, com alta capacidade de mutação e estrutura microscópica com espículas, parecida com uma coroa. É uma grande família com quatro gêneros distintos (alfa, beta, delta e gama) encontrada em animais como porcos, camelos, morcegos e gatos. Os vírus alfas e beta conseguem, através de mutações, atravessar a barreira interespecie, infectando os humanos.

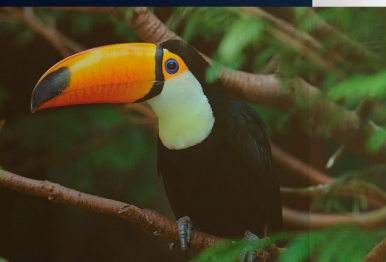
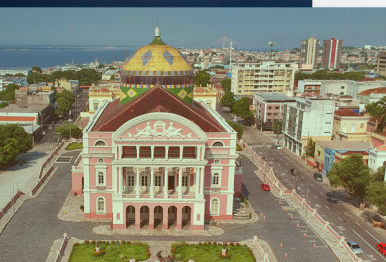
Em 1937, foram isolados os primeiros coronavírus humanos. Até dezembro de 2019, havia seis diferentes coronavírus isolados capazes de infectar os seres humanos e de causar síndromes respiratórias de diferentes gravidades:

SUMÁRIO

1. Coronavírus humano 229E (HCoV-229E)
2. Coronavírus humano OC43 (HCoV-OC43)
3. Coronavírus humano NL63 (HCoV-NL63)
4. Coronavírus humano HKU1
5. Coronavírus grave relacionado à síndrome respiratória aguda (SARS-CoV)
6. Coronavírus relacionado à síndrome respiratória no Oriente Médio (MERS-CoV)

Dessas espécies, são endêmicos no mundo os coronavírus 229E, OC43, NL63 e HKU1, responsáveis pelo resfriado comum e detectados no painel viral estendido que, uma tecnologia molecular, permite a detecção de diversos outros vírus, como rinovírus e adenovírus. No século XXI, houve a eclosão de dois novos coronavírus. O SARS-CoV surgiu em abril de 2003 na cidade de Guangdong na China e foi reconhecido como ameaça global em abril de 2003, tendo provocado, até julho daquele ano, 8.096 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em mais de 25 países, causando 774 mortes (WHO, 2003). O MERS-CoV surgiu em setembro de 2012 na região da Arábia Saudita. Mesmo com extensão de casos a 27 países, ficou restrito a essa região, à exceção de um surto na Coreia do Sul em 2015.

Ocasionalmente ainda se observa a sua reintrodução na península arábica, tendo acometido até o fim de novembro de 2019, um total de 2.494 pessoas, com 780 óbitos (WHO, 2019). Identificada inicialmente em Wuhan, vasta capital da província da China Central no final de dezembro de 2019, disseminou-se de forma rápida e globalmente, atingindo mais de 200 países (OMS, 2020). A Covid-19, doença ocasionada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) designada como



SUMÁRIO



pandemia pelas autoridades mundiais de saúde, firma-se como preocupante emergência global de saúde pública (ZANIN, 2020).

Em primeiro de julho de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) registrou no seu painel de controle, 10.357.662 casos confirmados e 508.055 óbitos em 216 países. No Brasil, país sul-americano com transmissão comunitária de Covid-19 e 61.884 mortes foram documentadas, com taxa de mortalidade de 29,4% e letalidade de 4,1% (BRASIL, 2020).

A velocidade com que a taxa de morbimortalidade se atualiza também desencadeia, cada vez mais, incertezas no manejo da patologia no tocante a elaboração de protocolos terapêuticos, diretrizes de condutas preventivas, adoção de distanciamento social em contrapartida da liberação fracionada da circulação e ocupação dos habitantes nos diversos setores estruturantes das nações (REIS *et al.*, 2020, QUINTELA, 2020).

Diante da crise

O Brasil apresenta um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em extensa rede de APS, mas que apresenta problemas crônicos de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços. Mesmo com estes entraves, a APS brasileira tem alcançado resultados positivos, que a destacam em âmbito internacional. Existem inúmeras evidências que demonstram influência significativa na redução de mortalidade e desigualdades em saúde, o que tende a ser potencializado pela combinação com políticas de transferência de renda e proteção social (MENDONÇA *et al.*, 2020; GONDIM, 2020).

SUMÁRIO



Segundo Barreto (2020) o fortalecimento da vigilância em saúde com uma infraestrutura robusta de dados e informações para tomada de decisões, integrada à APS, a torna potente no enfrentamento da crise sanitária atual e de cenários futuros, assim como no subsídio para ações de outros setores.

Deve-se conferir destaque à vigilância epidemiológica, que integra o conjunto de ações de prevenção, bloqueio e controle da Covid-19 identificando e monitorando os casos e indicadores de saúde da população e produzindo informações ágeis e confiáveis que contribuam para a tomada de decisões. As equipes de Saúde da Família estão presentes nos territórios e conhecem sua população, o que permite a vigilância de casos suspeitos/confirmados, o rastreamento de contatos próximos, a identificação de famílias vulneráveis e a adoção de ações prioritárias, incluindo a imunização da população. Inquérito nacional evidenciou a contribuição do trabalho dos ACS na vigilância: 80,8% desses profissionais fazem busca ativa de pessoas com maior risco para Covid-19, de forma tanto presencial, por visita peridomiciliar, quanto remota, por meio de telefone ou WhatsApp (FIOCRUZ, 2020c).

Desse modo, a APS deve ser considerada um importante pilar frente a situações emergenciais, (DUNLOP, 2020) tais quais as epidemias de dengue, Zika, febre amarela, Chikungunya e, também agora, a Covid-19. Para apostar sobre o que é a alma do cuidado primário, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento de famílias vulneráveis e o monitoramento para casos suspeitos e leves, é uma estratégia fundamental para a contenção da pandemia e para o não agravamento das pessoas com a Covid-19. À APS caberá também abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, exigindo cuidados integrados longitudinais. Acrescenta-se a isso o conjunto de problemas já experimentados pelas pessoas e que estão presentes na vida diária dos serviços.

SUMÁRIO



METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa exploratório-descritiva, visto que descreve o comportamento dos fenômenos (COLLIS; HUSSEY, 2005) e estabelece relações entre as variáveis (GIL, 2002) e possibilita ao investigador maximizar seu conhecimento acerca de determinado fenômeno ou problemática (TRIVINÓS, 1990).

O presente estudo é uma pesquisa quali-quantitativa, que nos permite um cruzamento maior de dados e cujo objetivo consiste em identificar quais ações são realizadas para acompanhamento de pacientes pós Covid-19.

Através desta pesquisa buscou-se evidenciar os métodos utilizados para acompanhar os pacientes pós-covid, explanando sobre a atuação da atenção Primária à Saúde no acompanhamento, tratamento e reabilitação dos pacientes e a partir disso conhecer qual o papel da atenção primária diante da pandemia provocada pela Covid-19.

A pesquisa foi executada no período de 03 meses. A escolha do método quantitativo desta pesquisa foi calculada no demonstrativo da quantidade de pacientes que foram atendidos pelo Hospital Eraldo Neves Falcão que tiveram alta hospitalar no período de março de 2020 a março de 2021, conforme os dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do município de Presidente Figueiredo.

O tipo de procedimento adotado para este trabalho foi pesquisa de campo, do tipo estudo de caso, esta modalidade de pesquisa é amplamente usada nas ciências biomédicas e sociais (GIL, 2007), optou-se por uma coleta de dados, na qual foram utilizados levantamentos através de fichas de atendimentos e os bancos de dados do próprio Hospital Municipal.

SUMÁRIO



A pesquisa foi realizada no município de Presidente Figueiredo, que fica a 107 km da capital Manaus, sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) era de 37.193 habitantes, sendo o vigésimo município mais populoso do estado do Amazonas. Teve como grupo focal os pacientes que estavam internados em decorrência do contato com o novo coronavírus e que receberam alta hospitalar, nos períodos que seguem a pesquisa.

Estão incluídos neste estudo apenas fichas de pacientes que estiveram internados no Hospital Municipal Heraldo Neves Falcão nos períodos que seguem a pesquisa. Estão excluídos desta pesquisa pacientes que ainda se encontram internados e/ou foram transferidos para outras cidades para tratamento.

A pesquisa não traz danos ou lesões à população. A coleta ocorreu seguindo as sequências relatadas: (i) contato com a Secretaria de Saúde do Município de Presidente Figueiredo, (ii) informações sobre o número de casos de pacientes acometidos pela doença e que estão recuperados no município, (iii) posições adotadas quanto ao monitoramento desses pacientes.

Para análise estatística e descritiva dos dados, após coletados e expostos, os dados foram lançados em tabelas e gráficos de forma sintética. Ao final da pesquisa os dados foram tabulados e ordenados no programa Microsoft Office Excel para formulação de gráficos que foram apresentados através de tabelas.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O Ministério da Saúde realizou 19.517 processos de habilitação e prorrogação de leitos de UTI entre abril e dezembro de 2020. Neste ano, o Ministério da Saúde já publicou 12 portarias de leitos de UTI

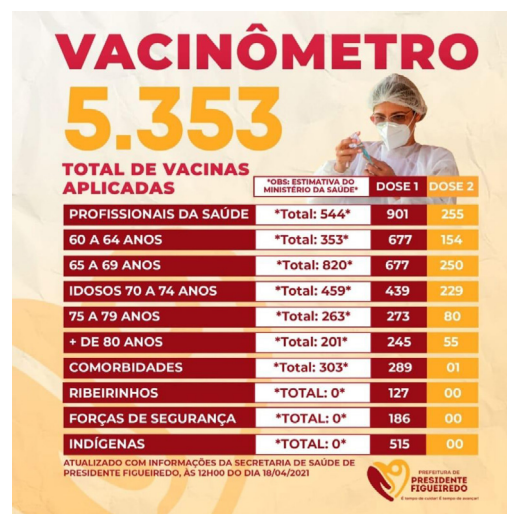
SUMÁRIO

Adulto e Pediátrico, autorizando 15.735 mil leitões em todo país. O investimento total é de mais de R\$1,1 bilhão.

A Atenção Primária também conta com estruturas de vigilância em saúde para combater não só a Covid-19, mas também o vírus da gripe. O Ministério da Saúde investiu R\$ 369,7 milhões para fortalecer o rastreamento e monitoramento de contatos de casos de síndrome gripal no Brasil.

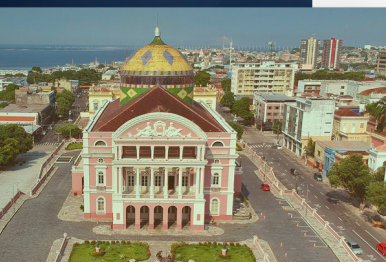
Dados do Ministério da Saúde mostram que desde o início da campanha nacional de vacinação contra a Covid-19 no dia 17 de janeiro de 2021, foram aplicadas mais de 145 milhões de doses. Ao todo, 102,8 milhões de brasileiros já receberam ao menos uma dose da vacina. Isso equivale a 64,25% do público-alvo. Até o momento, 42,7 milhões de pessoas já completaram o esquema vacinal, conforme pode ser observado na Figura 01, abaixo.

Figura 01 - Vacinômetro da campanha nacional de vacinação contra a Covid-19



Fonte: <https://www.presidentefigueiredo.am.gov.br/covid-19/>

SUMÁRIO



Segundos dados da Unidade Básica de Saúde Aida Barroncas, em média 60% dos pacientes que eram diagnosticados positivos para Covid-19, foram monitorados através de visitas semanais e até mesmo diárias pelos ACS (Agentes Comunitários de Saúde) e Médicos da sua UBS de referência e por meio de teleconsultas, uma das estratégias de cuidado que se tornou fundamental foi possibilitar que os usuários obtivessem informação qualificada em tempo oportuno de como proceder em nível individual, conforme pode ser observado na Figura 02.

Figura 02 – Vacinação da Unidade Básica de Saúde Aida Barroncas em Presidente Figueiredo - Amazonas



Fonte: <https://www.presidentefigueiredo.am.gov.br/covid-19/>

Greenhalgh e colaboradores (2020), apontam que os serviços de atendimento online podem ser ferramentas importantes para aqueles que sofrem de altos níveis de ansiedade e/ou sintomas leves a moderadamente graves do tipo Covid-19.

O paciente ao receber alta hospitalar era contatado pela UBS para que fossem observadas sua evolução e a necessidade de oxigênio suplementar, reabilitação pulmonar, cuidados com a traqueostomia, se havia algum processo inflamatório associados a doença, ou

SUMÁRIO



ainda por causa de alguma sequela relacionado a covid, bem como investigação da função pulmonar.

O agendamento e acompanhamento com cardiologista, para reabilitação cardíaca ou até mesmo se necessário identificação da necessidade de procedimento de alta complexidade era viabilizado pela APS na UBS. Acompanhamento com fisioterapeutas, devido a fraqueza muscular, por sequela da doença. No caso de lesões afecções de pele localizadas, o paciente era encaminhado ao dermatologista.

Pensando no bem estar geral do paciente e pensando nas dificuldades diversas, como; alimentação, nutrição, fadiga, problemas odontológicos, de fala de linguagem, o paciente recebe apoio psicológico, para acompanhamento de dificuldades cognitivas, demência e delírio, saúde mental, transtorno de estresse pós trauma, depressão e ansiedade. E apoio social, se caso o paciente fosse identificado com situação de prejuízo nas suas atividades diárias por sequela da Covid-19.

O trabalho dos agentes comunitários de saúde pode ajudar a identificar indivíduos e famílias em situação de grande vulnerabilidade, ajudar na entrega de alimentos e itens essenciais, além de mobilizar os recursos da comunidade em si.

Se por um lado a APS tem capacidade reduzida para atuar sobre a letalidade dos casos graves, uma APS forte, organizada e com pessoal qualificado e em número adequado pode contribuir para diminuir a incidência da infecção na população adscrita, com impacto direto na diminuição da morbimortalidade. Por meio do trabalho comunitário pode atuar para a redução da disseminação da infecção, acompanhar os casos leves em isolamento domiciliar, apoiar as comunidades durante o distanciamento social, identificar e conduzir situações de vulnerabilidade individual ou coletiva e, principalmente, garantir o acesso a cuidados de saúde e o necessário encaminhamento nas fases mais críticas da epidemia. Dessa forma, a APS pode desempenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos,

tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária (STARFIELD, 2020, p. 02).

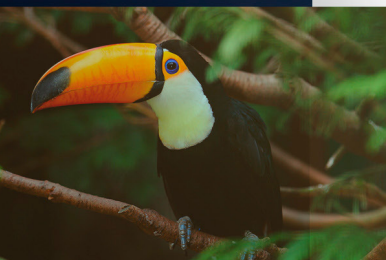
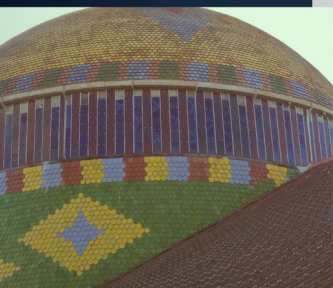
Um autor frisou que momentos como este, de enfrentamento de uma epidemia de tamanha proporção, trazem à tona realidades antes pouco evidentes. Por este motivo, não se pode dar margem a ideias que coloquem em segundo plano a vida humana, pois é possível que problemas globais como os atuais passem a ser mais frequentes (JONES, 2020). Na literatura encontramos a importância do SUS no enfrentamento da pandemia e como sua vertente foi demonstrada de forma substancial e de reconhecimento (STANFIELD, 2020).

O autor supracitado relata ainda que a partir desse reconhecimento é fundamental que os recursos para o sistema enfrentar a crise torna este momento particularmente oportuno para financiar adequadamente o SUS. Além disso, essa gravíssima emergência sanitária coloca a APS em posição privilegiada para garantir o acesso à saúde e atuar sobre os determinantes do enfrentamento de um desafio emergente. A priorização da APS, com a ampliação da Estratégia Saúde da Família e o fortalecimento de todas as suas atribuições, colocando ênfase nos chamados derivativos, são essenciais para conter a disseminação na população de doenças como a Covid-19.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É urgente que a APS assuma seu papel de protagonismo assistencial no SUS. Certas medidas, como a reorganização dos fluxos de usuários do serviço, podem e devem ser tomadas imediatamente. Outros, como melhorar as estruturas físicas das unidades, devem estar no horizonte, mas sabemos que eles levarão mais tempo para serem implementados.

SUMÁRIO



SUMÁRIO



Para todos, é preciso centralizar a APS na agenda do Ministério da Saúde e que o SUS não seja sufocado por emendas constitucionais que drenam os escassos recursos alocados ao setor pela União. A capacidade do sistema de saúde de salvar vidas nesta pandemia dependerá não apenas do número de leitos de UTI e respiradores, mas também da organização da rede de atendimento para garantir o acesso oportuno a esses leitos, da manutenção de linhas de atendimento para outras doenças e atendimento de casos urgentes e emergências de diversas naturezas.

Soluções específicas para essa organização devem ser adaptadas a cada contexto, entendendo que o Brasil é um país continental e heterogêneo, respeitando as condições gerais e a capacidade de resposta local. O sucesso da luta contra a Covid-19, o futuro do SUS e a saúde dos brasileiros também dependem disso.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. L. *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

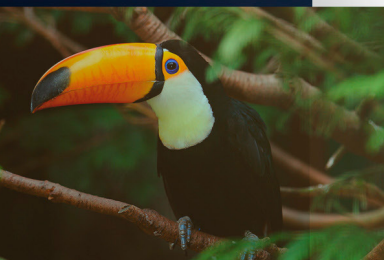
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus-COVID 19. [citado 2020 jun. 02]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>.

BHAUMIK, S.; MOOLA, S.; TYAGI, J.; NAMBIAR, D.; KAKOTI, M. **Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis**. Medrxiv, 2020.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SUMÁRIO



DEMECO, A. *et al.* Rehabilitation of patients post-COVID-19 infection: a literature review. **Journal of Int Med Research**, 2020.

DUNLOP, C.; HOWE A.; LI, D.; ALLEN, L. N. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open** 2020; 4:bjgpopen20X101041.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). 2º boletim da Pesquisa Monitoramento da Saúde dos ACS em Tempos de Covid-19, nov. 2020c. Disponível em: https://acscovid19.fiocruz.br/sites/acscovid19.fiocruz.br/files/2o_boletim.pdf. Acesso em: 8 maio 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GREENHALGH, T.; KOH, G. C. H.; CAR, J. Covid-19: a remote assessment in primary care. **BMJ**, 368:m1182, 2020. Disponível em: www.bmj.com/content/368/bmj.m1182/rapid-responses. Acesso em: 16 ago. 2022.

JONES, D. S. History in a Crisis - Lessons for Covid-19. **N Engl J Med**. 2020 Apr 30;382(18):1681-1683. doi: 10.1056/NEJMp2004361. Epub 2020 Mar 12. PMID: 32163699.

MENDONÇA, M. H. M.; MATTA, G. C.; GONDIM, R. GIOVANELLA, L. **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações provisórias para o uso da vacina inativada contra COVID-19, CoronaVac, desenvolvida pela Sinovac Orientação provisória, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus), 2021.

REIS, R. F.; QUINTELA, B. M.; CAMPOS, J. O.; GOMES, J. M.; ROCHA, B. M.; LOBOSCO, M. **Characterization of the COVID-19 Pandemic and the Impact of Uncertainties, Mitigation Strategies, and Underreporting of Cases in South Korea, Italy, and Brazil**. **Chaos Solitons Fractals**. 2020.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1990.

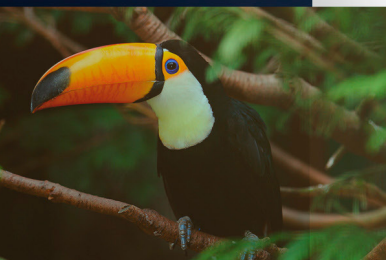
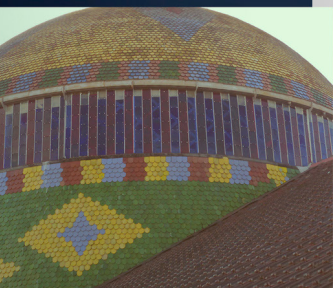
SELLERA, P. E. G. PEDEBOS, L. A.; HARZHEIM, E. MEDEIROS, O. L.; RAMOS, L. G.; MARTINS C. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Cienc. saúde coletiva**, 2020

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.

WHO, Protocolo de Tratamento de Influenza, 2019.

ZANIN, G. M.; GENTILE, E.; PARISI, A.; SPASIANO, D. A Preliminary evaluation of the public risk perception related to the COVID-19 health emergency in Italy. **Int J Environ Res Public Health.**, 2020.

SUMÁRIO



15

Frank Rijkaard Pinheiro da Silva

Grace Fernanda Severino Nunes

ANÁLISE DA GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE FISIOTERAPIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE (ABS) DURANTE O PERÍODO DA COVID-19 NO MUNICÍPIO DE MANACAPURU - AMAZONAS

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.15](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.15)

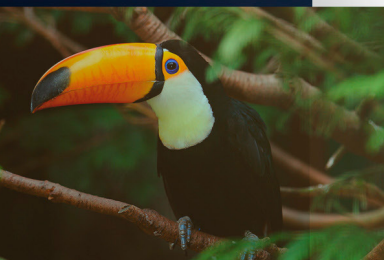
SUMÁRIO

**Resumo:**

A Atenção Básica traz em suas responsabilidades promoção, prevenção de saúde, reabilitação e outras ações. Em virtude da pandemia, os sistemas de saúde tiveram de modificar e se adaptar à nova realidade sendo importante a presença do fisioterapeuta na Atenção Básica para a oferta do cuidado. O presente estudo objetiva descrever a gestão e a organização do setor fisioterapêutico de um serviço de Atenção Básica à Saúde (ABS) durante a pandemia da Covid-19 no período de março a junho de 2021 de um município do Estado do Amazonas. A pesquisa é do tipo quantitativa sendo criado um fluxograma para explicar a organização do setor, confeccionou-se uma tabela para registrar o fluxo de pacientes no setor de fisioterapia e um gráfico foi adaptado com as avaliações dos pacientes que se encontravam assistidos até o mês de junho. Nos resultados, observou-se que durante os meses de março a junho de 2021, o número estimado de pacientes assistidos foi de 293 sendo uma equipe NASF recrutada. Estabeleceu-se na fisioterapia o número de dez sessões por paciente sendo conduzido por dois fisioterapeutas. Notou-se que a implantação do serviço foi “ótima” para a recuperação da integridade física e emocional dos assistidos, 78% elegeram os atendimentos dos profissionais como “ótimo” e 86% o acolhimento inicial como “ótimo” mesmo com a taxa de desistência de 43%. Por fim, conclui-se que o projeto Reabilitação Pós Covid-19 realizado no município de Manacapuru-AM foi essencial para auxiliar no manejo e estabelecimento da recuperação de pacientes acometidos pela Covid-19.

Palavras-Chave: Gestão; Fisioterapia; Atenção Básica; Covid-19.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Devido às grandes mudanças no sistema de saúde brasileiro refletidas pela reforma sanitária que antecedeu a criação do SUS, as práticas de saúde tomaram novos rumos criando e fomentando ações que correspondem a realidade de saúde, estando a fisioterapia incluída nesse processo (BIM; GONZÁLEZ, 2020). Frente às condições crônicas de saúde que a população vem enfrentando, a inserção do fisioterapeuta na atenção básica é essencial visto que sua prática profissional oferece um modelo de tratamento biopsicossocial fornecendo integralidade ao cuidado (BIM *et al.*, 2021).

A Covid-19 é uma síndrome clínica multissistêmica causada pelo novo corona vírus, e no ano de 2020 a Organização Mundial de Saúde declarou um estado de crise sanitária no mundo todo caracterizando a situação como pandemia, sendo o maior dos níveis de impacto sanitário (KARSTEN *et al.*, 2020). A infecção respiratória causada pelo vírus e que se disseminou de forma rápida e impactante com resultados devastadores por todos os continentes, compromete significativamente a função física e funcional dos infectados (MORENO *et al.*, 2021).

Com a crise sanitária da Covid-19 instaurada, a situação levou a uma reorganização dos modelos de assistência à saúde, podendo até 80% dos casos serem tratados na atenção básica sendo a mesma a principal porta de entrada do SUS (FIGUEIREDO *et al.*, 2021). Diversos serviços de fisioterapia têm desenvolvido protocolos e rotinas para atendimento da população com Covid-19 contribuindo significativamente para a recuperação dos mesmos para melhores resultados (KARSTEN *et al.*, 2020).

No Brasil, a gestão em saúde, dá-se pela Atenção Básica que foi elencada através da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS)

SUMÁRIO



para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Assim, ABS é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que abrangem o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos. A Saúde da Família é a estratégia prioritária para a organização da Atenção Básica e atende aos preceitos do Sistema Único com a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina alguns parâmetros de saúde e qualidade e assim, a partir desses princípios três níveis de atenção à saúde pública foram definidos como primário, secundário e terciário. Eles foram adotados para organizar os tratamentos oferecidos pelo SUS com a finalidade de proteger, restaurar e manter a saúde dos cidadãos.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um contínuo processo de assistência à saúde (Opas/OMS, 1978).

A Atenção Básica como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde tem como fundamentos facilitar o acesso universal,

SUMÁRIO



efetivar a integralidade em seus vários aspectos com a integração de ações programáticas e demanda espontânea e vigilância à saúde, desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população a fim de garantir a longitudinalidade do cuidado e a continuidade das ações de saúde, valorizar os profissionais de saúde por meio de sua formação e capacitação, acompanhar o processo de planejamento e programação e estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007).

Frente ao contexto pandêmico pelo qual o mundo passa, o setor de saúde sofre modificações sendo importante entender como está organizada a fisioterapia para que novos modelos e exemplos de assistência sejam adotados. Nas unidades de saúde é possível ter a oferta do cuidado a nível da atenção básica, tendo a fisioterapia como tratamento de pacientes após a infecção pela Covid-19. Neste sentido, o estudo traz como foco a organização da fisioterapia dentro da atenção básica no contexto da pandemia ao ser indicada para tratamento de tais pacientes para uma melhor compreensão.

Dessa forma, o presente estudo busca responder a seguinte questão de pesquisa: Como foi organizado e gerido o serviço de fisioterapia do período de março à junho de 2021 frente ao contexto da Covid-19 no município de Manacapuru-AM em uma rede de Atenção Básica?

Para responder esse questionamento, o objetivo geral deste estudo é descrever a gestão e a organização do serviço de Atenção Básica no Programa Academia da Saúde frente ao contexto da Covid-19 através de sua rotina e equipe multiprofissional no período de março à junho de 2021 de um município do Estado do Amazonas. Para tanto, tem-se especificamente: (1) Conhecer a organização do Projeto de Reabilitação Pós Covid-19 do serviço de Atenção Básica Programa Academia da Saúde durante o período de março a junho de 2021; (2) Descrever a demanda e o quantitativo de pacientes encaminhados para o setor de fisioterapia durante o período correspondente

SUMÁRIO



de março à junho de 2021 e (3) Apresentar a qualidade do serviço de reabilitação ofertado pelo Programa Academia da Saúde em prol dos pacientes assistidos no período estimado.

Este estudo se justifica pela relevância de fomentar informações a respeito da gestão e organização do serviço de Atenção Básica à Saúde e a forma como a fisioterapia foi organizada e gerida frente a pandemia da Covid-19. Dentre as comorbidades que a Covid-19 pode deixar, o tratamento fisioterapêutico é imprescindível para melhorar e/ou evitar complicações, sendo o fisioterapeuta na atenção básica capacitado para diagnosticar e tratar tais desordens funcionais deixadas pelo vírus.

Dentre as contribuições que esta pesquisa oferece, está o protagonismo da fisioterapia frente a gestão, que inclui o manejo de pacientes assistidos na atenção básica, a demanda, admissão, estrutura física e profissional, além de outras variáveis que envolvem a oferta do cuidado e organização. Os resultados obtidos demonstraram como foi conduzido e estruturado o setor da fisioterapia na atenção básica com ênfase no Programa Academia da Saúde do município de Manacapuru-AM.

Considerando tal cenário, a falta de recursos e de profissionais capacitados geram repercussões negativas. Logo, é importante a presença de uma equipe bem estruturada e preparada para lidar com este problema de saúde, sendo a fisioterapia essencial para a oferta de saúde de pacientes que precisaram/precisam de tratamento pós Covid-19 através da gestão da clínica e de um cuidado integral.

Frente às possíveis modificações que a pesquisa pode agregar, inclui-se a importância do atendimento fisioterápico e do profissional especializado para gerir a demanda, dado que muitos municípios não oferecem tal atendimento na atenção primária no contexto em que vivemos. Desta forma, os resultados de uma boa gestão e organização são benéficos, como a redução de gastos na saúde, diminuição de reinternação hospitalar, aumento da oferta de tratamento, além da oferta da integralidade e equidade aos usuários do sistema de saúde.

REVISÃO TEÓRICA

As transformações epidemiológicas e demográficas ao longo do tempo justificam a necessidade da fisioterapia como prática nos níveis de atuação primária possibilitando ampliar o escopo de ofertas e cuidados que a atenção básica deve oferecer para um cuidado integral. (FREITAS; BRASIL, 2016). Para Fonseca *et al.* (2016, p. 289) “o modelo de atenção à saúde foi reformulado inserindo a atenção primária com o objetivo de reorientar o sistema e valorizar ações de promoção de saúde e prevenção”.

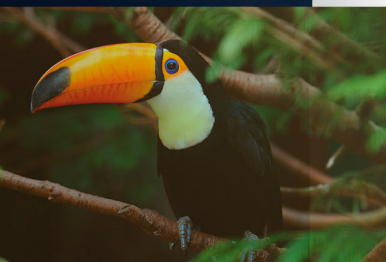
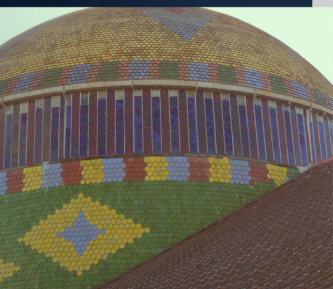
A atenção básica traz em suas responsabilidades a promoção e prevenção de saúde, reabilitação e outras ações capazes de gerar integralidade (COSTA; MONTAGNA, 2015). Para Freitas e Brasil (2016) a fisioterapia na atenção básica compreende os princípios que regem e determinam o SUS, estando a mesma em conformidade com a real necessidade de saúde que a população apresenta, além de estar em consonância com o que este nível de atenção exige.

Segundo Bim *et al.* (2021):

O fisioterapeuta se depara com o desafio de compilar um corpus teórico e epistemológico sobre o compartilhamento de conhecimentos específicos da profissão para as políticas de saúde, a fim de contribuir para as transformações sociais necessárias à promoção de condições de saúde adequadas e à garantia de uma atenção integral.

Accineli *et al.* (2020) relatam que desde 2020 o mundo enfrenta uma situação epidemiológica contra a Covid-19 caracterizada como pandemia que já infectou milhões de pessoas, estando grande parte dos infectados com sintomas leves, e uma minoria necessitando de cuidados hospitalares e intensivos. Diante disto, Celuppi *et al.* (2021) destaca que em virtude da pandemia, os sistemas de saúde tiveram

SUMÁRIO



SUMÁRIO



de modificar e se adaptar à nova realidade pelo qual estão passando, destacando a importância da atenção básica.

Com a rápida disseminação da doença, medidas deveriam ser tomadas para evitar a superlotação e crise dos sistemas de saúde, já que o cenário pandêmico piorou ainda mais o sistema de saúde brasileiro que já vinha apresentando problemas (SANTOS *et al.*, 2021). Corroborando a afirmação de Fonseca *et al.* (2016) ao relatar que apesar dos efeitos potencializados que a fisioterapia agrega na atenção básica, muitos problemas ainda persistem, como baixo número de profissionais, falta de recursos e equipamentos e estrutura física inadequada.

Loures (2010 apud Ribeiro; Flores-Soares, 2015) apontam que a inserção do fisioterapeuta reforça a realização de políticas públicas, o planejamento da saúde, a construção do espaço e a melhoria no desempenho dos atendimentos, sendo uma realidade para a real situação que a saúde se encontra. Corroborando com tal afirmação, Fonseca *et al.* (2016) explica que é importante os gestores de saúde fomentarem a necessidade da presença do fisioterapeuta na atenção básica para a oferta do cuidado já que os mesmos são capazes de desenvolver diferentes estratégias.

Segundo Costa e Montagna (2015):

A prática gerencial do fisioterapeuta consiste em planejar, programar, executar ações específicas e realizar a educação permanente para a equipe. Realiza relatórios das atividades realizadas e avaliando as ações realizadas. Gerência reuniões de equipe, visando discutir os casos e os encaminhamentos de usuários aos diversos membros da equipe, bem como assessorar a equipe nos cuidados formais aos usuários.

É preciso dentro da situação de saúde que o setor se encontra, investir em estratégias e possibilidades que empoderem os profissionais de saúde e melhorem os recursos e tecnologias ofertados pela atenção básica, para dessa forma poder lidar com a crise da Covid-19 (BARBOSA; FERNANDES, 2020).

SUMÁRIO



METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo quantitativa e foi realizada em uma unidade de Atenção Básica coletiva denominada de Academia da Saúde presente no município de Manacapuru-AM que presta atendimentos a pacientes que tratam de problemas ou sequelas pós Covid-19. Foram analisados os dados e informações que correspondem ao modo de como a gestão da unidade foi realizada e como a organização da fisioterapia foi estabelecida tomando como linha do tempo o período de janeiro a junho de 2021.

Após o agendamento para a coleta de informações com o gestor da unidade Academia da Saúde, um fluxograma foi elaborado para exemplificar e explicar como a organização do setor estava estabelecida e estruturada levando em consideração o cotidiano e o funcionamento da unidade. Neste sentido, organizou-se a rotina do serviço, as ações e práticas executadas e quais foram os profissionais que compuseram a equipe multiprofissional e que atenderam preferencialmente os pacientes pós Covid-19 dentro do período de janeiro a junho de 2021.

Feito o fluxograma, outras visitas foram agendadas para o levantamento de dados pertinentes ao serviço de fisioterapia que objetivou a confecção de uma tabela onde registrou-se a demanda e o fluxo de pacientes encaminhados para o setor de fisioterapia. A tabela contemplou informações inerentes a cada mês considerando o quantitativo de pacientes, o número de pacientes ativos, o número de altas, o número de sessões e o número de pacientes readmitidos no serviço de fisioterapia decorrentes de uma piora do quadro clínico ou ausência de melhoras clínicas, sendo excluídos dos dados nomes ilegíveis, duplicados ou de difícil compreensão.

Por fim, através de um relatório cedido pela própria administração e após a análise e a compreensão dos dados, um gráfico foi

SUMÁRIO



construído e adaptado contendo diversas informações resultantes das avaliações dos pacientes que se encontravam assistidos até o mês de junho de 2021 na própria Academia da Saúde. O gráfico demonstra e relaciona-se com a avaliação da qualidade do projeto Reabilitação Pós Covid-19 realizado na unidade que inclui a percepção sobre a estrutura física, a equipe atuante, os serviços e os atendimentos prestados.

A pesquisa foi aplicada no município de Manacapuru - AM que está localizado na Região Metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas. É a quarta cidade mais populosa do estado, situada às margens do rio Solimões, a 93 quilômetros de Manaus via terrestre, sendo o principal acesso à cidade através da Rodovia Manoel Urbano.

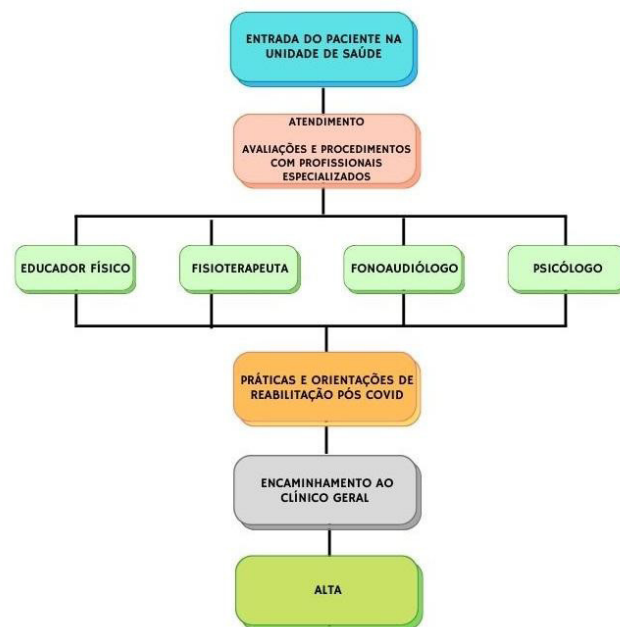
Consiste em uma Unidade Básica de Saúde Coletiva denominada Academia da Saúde por intermédio do Programa de Reabilitação Pós Covid-19. Buscou-se em prontuário manual os atendimentos realizados entre março e junho de 2021. Encontramos uma amostra de 183 pacientes atendidos no período de março a junho de 2021 no setor de fisioterapia.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A Unidade de Reabilitação Pós Covid-19 localizada no município de Manacapuru-AM foi estabelecida para a reabilitação de pacientes acometidos e com sequelas da Covid-19 através do Programa Academia da Saúde. Através do fluxograma abaixo é possível compreender como foi a dinâmica da unidade, conforme pode ser observado na Figura 1.

SUMÁRIO

Figura 1 – Fluxograma do projeto Unidade de Reabilitação Pós Covid-19 2021/1.



Fonte: Adaptação do fluxograma descritor do processo de trabalho realizado pelo Programa Academia da Saúde – PAS na Unidade de Reabilitação Pós Covid-19.

Durante março a junho de 2021, entre conclusões e desistências do tratamento, o número estimado de pacientes assistidos com os profissionais de educação física, fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia na unidade de reabilitação foi de 293. Pacientes ativos se encontravam rotineiramente na unidade de atendimento, e em relação a fisioterapia, o retorno após as sessões finalizadas era possível em virtude de resultados clínicos que demandam retorno após reavaliação.

Conforme a tabela 1, nota-se um aumento dos atendimentos no mês de maio prevalecendo os pacientes ativos no mês de junho. Nota-se uma alta realização de no mínimo 10 sessões estipuladas no

SUMÁRIO

mês de abril. A compreensão do curso e da demanda na qual os atendimentos ocorreram, são evidenciados na Tabela 1, a seguir.

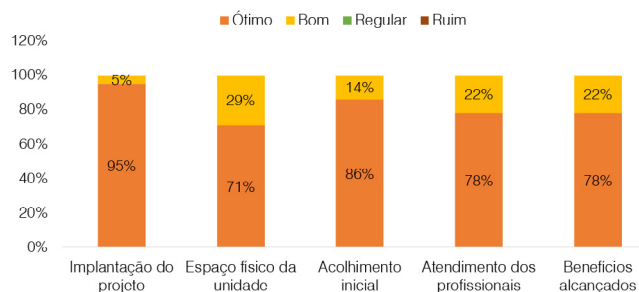
Tabela 1 – Estimativa do quantitativo de pacientes assistidos na fisioterapia pelo projeto Unidade de Reabilitação Pós COVID-19 2021/1

Meses	Número de atendimentos	Ativos	Realização de no mínimo 10 sessões	Retorno a fisioterapia
Março	339	71	03	0
Abril	394	86	28	26
Mai	480	92	25	22
Junho	302	95	14	10

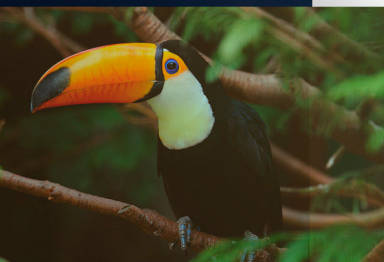
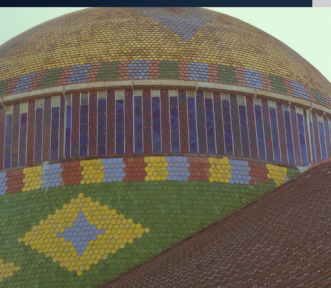
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Os pacientes assistidos responderam um questionário elaborado pelo setor para avaliar a qualidade do projeto e do serviço. Estabeleceu-se como variáveis a implantação do projeto, o espaço físico da unidade de saúde, o acolhimento inicial e o atendimento de todos os profissionais envolvidos, sendo os resultados visualizados no Gráfico 1, a seguir.

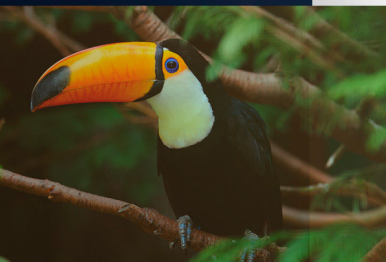
Gráfico 1 – Avaliação da qualidade do projeto Unidade de Reabilitação Pós Covid-19 2021/1



Fonte: Adaptação dos gráficos descritores da avaliação do projeto pelo público assistido pelo Programa Academia da Saúde – PAS na Unidade de Reabilitação Pós Covid-19.



SUMÁRIO



O projeto Unidade de Reabilitação Pós Covid-19 realizado pelo Programa Academia da Saúde teve como enfoque proporcionar através de uma equipe multidisciplinar o tratamento e o restabelecimento de pacientes acometidos e com sequelas da Covid-19, demonstrando apoio e resolutividade no município de Manacapuru no Estado do Amazonas frente a crise sanitária do novo coronavírus. Durante o período de janeiro a junho de 2021, a unidade apresentou considerável fluxo de atendimentos e mostrou-se benéfica auxiliando na recuperação das complicações psicoemocionais e funcionais em detrimento do vírus.

Frente ao aumento da demanda de pacientes que chegaram no setor, uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi recrutada para a Academia da Saúde para executar as ações e serviços de reabilitação sendo composta pelo educador físico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e psicólogo, que até então, não faziam parte do conjunto de serviços ofertados pela instituição. O estudo de Oliveira *et al.* (2020) relata que o contexto pandêmico na cidade de Recife modificou o trabalho das equipes NASF recrutando-as para atuarem de maneira conjunta e integrada com outras equipes na Atenção Básica para amenizar os efeitos do vírus nos territórios e aumentar o cuidado e a potência dos serviços no combate a Covid-19.

A unidade realizou de segunda à sexta, pelo período da manhã e da tarde, a assistência à saúde apresentando predominantemente por atendimento o gênero feminino seguido do masculino, sendo 58% e 42% respectivamente. Através do encaminhamento médico, pacientes das mais variadas faixa etárias foram referenciados por intermédio de diversos estabelecimentos e serviços de saúde para a unidade tais como Unidades Básicas de Saúde, Hospitais, Centro de Atendimento Psicossocial, Fundação Nacional de Saúde e outros.

Segundo Souza *et al.* (2022) as inúmeras comorbidades deixadas pela Covid-19 a médio e longo prazo justificam a necessidade de atuação de vários profissionais da saúde incluindo o fisioterapeuta

SUMÁRIO



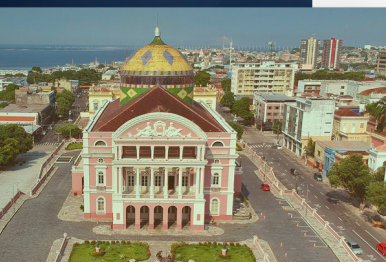
na atenção do paciente acometido, indo tal atuação além dos serviços hospitalares e se perpetuando na Atenção Primária à Saúde como continuidade de tratamento e resolutividade dos problemas. No projeto realizado, ao passarem por uma avaliação, estabeleceram-se procedimentos e condutas terapêuticas tendo como objetivo o número de 10 sessões para cada paciente. Durante este período, dois fisioterapeutas conduziram os atendimentos sendo estabelecido um profissional para o período da manhã e outro para o período da tarde.

Ao final das 10 sessões, todos os pacientes eram encaminhados a um médico e caso apresentassem piora no quadro clínico ou falta de melhoras, novas sessões de fisioterapia eram propostas. Em contrapartida, os pacientes que apresentavam resultados satisfatórios eram liberados da fisioterapia. Em virtude de a oferta do serviço ser nova e repentina no município e a organização e a administração do estabelecimento ainda se consolidarem frente a pandemia no ápice dos contágios, o quantitativo e o fluxo de pacientes assistidos no mês de janeiro e fevereiro de 2021 não foi registrado, sendo, portanto, a partir de março realizado esta atividade.

Os pacientes que se apresentavam na unidade até o mês de junho de 2021, respondiam um questionário para avaliar a qualidade do projeto de maneira geral. É interessante notar que no cenário de incertezas e comprometimento dos serviços de saúde causados pela pandemia, um número expressivo de pacientes informou que a implantação do serviço foi “Ótima” para a recuperação da integridade física e emocional. Ainda que o espaço físico da unidade tenha sido avaliado como “Bom” por 29% dos pacientes visto que o setor não tinha equipamentos ou estrutura necessária da qual necessitava toda a equipe, 78% afirmaram que os resultados alcançados foram benéficos.

Martins *et al.* (2014) ressalta que a avaliação da qualidade de um serviço de saúde é fundamental para estabelecer as melhores condições do próprio serviço pois é através da percepção dos usuários que

SUMÁRIO



se compreende a relação profissional-paciente, a humanização nos atendimentos e se os anseios e perspectivas dos usuários são atendidos. Diante disto, pode-se notar que 78% dos pacientes atendidos pela equipe do projeto de Reabilitação Pós Covid-19 estabeleceram os atendimentos dos profissionais como “ótimo” e 86% o acolhimento inicial como “ótimo” mesmo com a taxa de desistência dos usuários ser de 43% até junho de 2021.

Conforme a organização do sistema de saúde apresentado em nosso estudo, entendemos que foi viabilizado o atendimento e o acesso rápido à população aos atendimentos, denotando os escores aceitos nos indicadores de qualidade. O processo da gestão nos sistemas de saúde é fundamental e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (MATTA, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto Unidade de Reabilitação Pós Covid-19 realizado pela Academia da Saúde localizada no município de Manacapuru-AM foi essencial para auxiliar no manejo e estabelecimento da recuperação de pacientes acometidos pelo vírus da Covid-19. Tal assistência, incluindo a inserção dos serviços de fisioterapia foi capaz de subsidiar em meio ao caos sanitário que o estado vivenciou uma resolutividade de problemas, uma oferta de serviços de maneira contínua além de fomentar que a Atenção Básica é primordial e decisiva para o enfrentamento da pandemia que ainda assola o mundo.

Os principais achados da pesquisa demonstram que o serviço implantado para melhorar a situação de saúde no município conseguiu alcançar ótimos resultados para todos os tipos de tratamentos

SUMÁRIO



envolvidos e que o setor fisioterapêutico foi eficaz para a demanda de casos e atendimentos auxiliando e resolvendo complicações da Covid-19 e demonstrando a importância da presença deste profissional.

Dentre as limitações da pesquisa cabe destacar a falta de registro dos atendimentos fisioterapêuticos de janeiro e fevereiro de 2021 para uma melhor compreensão de como estava a demanda dos atendimentos e o número situacional de pacientes nesse período, assim como também a dificuldade em identificar nomes não legíveis ou incorretos nas fontes de dados. Para futuras pesquisas sugere-se um período maior para analisar o fluxo de determinados serviços e atendimentos, e o estabelecimento de dados concretos que possam ser contabilizados.

Entretanto, os desafios persistem e indicam a necessidade de articulação de estratégias de acesso aos demais níveis de atenção à saúde a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade visando à ampliação da cobertura populacional e à reorganização da atenção, e além disso, reforçar a inserção e a presença do fisioterapeuta presente em toda unidade de atenção básica.

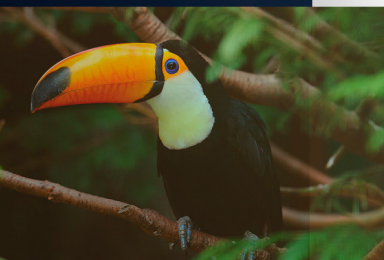
REFERÊNCIAS

ACCINELLI, R. A. *et al.* COVID-19: La pandemia por el nuevo virus SARS-CoV-2. **Revista peruana de medicina experimental y salud pública**, v. 37, p. 302-311, 2020.

AUGUSTO, E. B. F. *et al.* Atuação do Fisioterapeuta na saúde primária no enfrentamento da COVID 19: relato de experiência. **Rev. bras. promoç. saúde (Impr.)**, p. 1-10, 2021.

BARBOSA, S. P.; SILVA, A. V. F. G. A prática da atenção primária à saúde no combate da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 17-19, 2020.

SUMÁRIO



BIM, C. R. *et al.* Physiotherapy practices in primary health care. **Fisioterapia em Movimento**, v. 34, 2021.

BIM, C. R.; GONZÁLEZ, A. D. Training physiotherapists in primary care: reflections on teaching-service integration. **Fisioterapia em Movimento**, v. 33, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção À Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 4. ed. – Brasília Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4).

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM648.htm>. Acesso em: 4 ago. 2022.

CELUPPI, I. C. *et al.* Uma análise sobre o desenvolvimento de tecnologias digitais em saúde para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil e no mundo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 2021.

COSTA, C. R. S.; MONTAGNA, E. A formação acadêmica do fisioterapeuta para sua atuação na gestão em saúde. **ABCS Health Sciences**, v. 40, n. 3, 2015.

FONSECA, J. M. A. *et al.* A Fisioterapia na Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 29, n. 2, p. 288-294, 2016.

FREITAS, M. J.; BRASIL, A. M. R. Potencialidades e desafios da fisioterapia no contexto da Atenção Primária à Saúde: análise documental. **Saúde Redes**, p. 262-272, 2016.

KARSTEN, M.; MATTE, D. L.; ANDRADE, F. M. D. A pandemia da COVID-19 trouxe desafios e novas possibilidades para a Fisioterapia no Brasil: estamos preparados? **Revista Pesquisa em Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 142-145, 2020.

MARTINS, L. F. V. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 19, n. 2, 2014.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, 3(2) p. 371-396, 2005.

MORENO, J. E. *et al.* Fisioterapia respiratoria en la funcionalidad del paciente con covid-19. **Archivos de Medicina (Col)**, v. 21, n. 1, p. 266-278, 2021.

SUMÁRIO

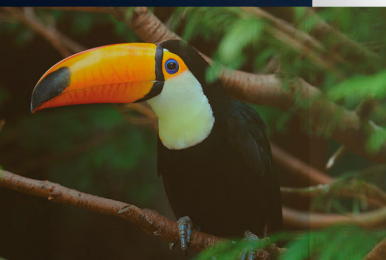
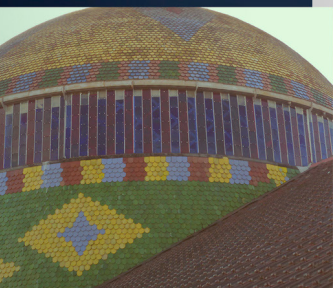
OLIVEIRA, M. A. B. *et al.* A prática do núcleo de apoio à saúde da família do Recife no enfrentamento à pandemia COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 142-150, 2020.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 ago. 2022.

RIBEIRO, C. D.; FLORES-SOARES, M. C. Desafios para a inserção do fisioterapeuta na atenção básica: o olhar dos gestores. **Revista de Salud Pública**, v. 17, p. 379-393, 2015.

SANTOS, T. B. S. *et al.* Contingência hospitalar no enfrentamento da COVID-19 no Brasil: problemas e alternativas governamentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1407-1418, 2021.

SOUZA, T. S. *et al.* Organização e oferta da assistência fisioterapêutica em resposta à pandemia da COVID-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 2133-2142, 2022.



16

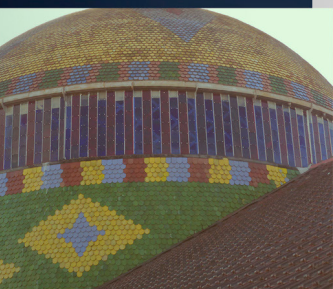
Ana Claudia de Oliveira Melo

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

HUMANIZAÇÃO E ACOLHIMENTO À PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO BÁSICA

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.16](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.16)

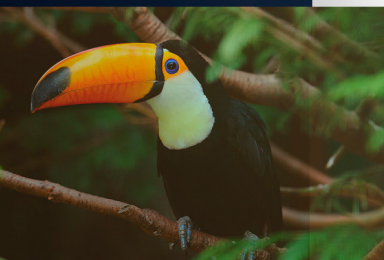
SUMÁRIO

**Resumo:**

O desenvolvimento do corpo para a etapa do envelhecimento físico é um dos maiores desafios da vida, a diminuição da capacidade motora e intelectual apresenta cada vez mais a crescente necessidade da promoção da saúde na 3^o idade. O objetivo do presente estudo é identificar a importância da humanização para o idoso na atenção básica de saúde. Foi utilizada uma metodologia baseada em uma pesquisa descritiva, analisando artigos já publicados, coletando dados bibliográficos referentes a humanização e acolhimento do idoso nas unidades básicas de saúde, compondo 8 livros e 5 artigos selecionados. Através do estudo desses dados, foi possível identificar que esse momento histórico é um privilégio e soma conhecimentos em uma geração, uma vivência de transformação em busca de qualidade de vida adequada às suas necessidades atuais, visto que de acordo com instituto de geografia e estatística em 2050 haverá 2 bilhões de idosos no mundo, visando a melhora no atendimento à pessoa idosa e assegurando todos os seu direitos e dispondo de um serviço de saúde humanizado, acolhedor e uma equipe qualificada para o acolhimento desse idoso nas instituições primárias de saúde. É necessário que as instituições e os profissionais estejam preparados e tenham uma visão sensível do envelhecimento, onde a maior responsabilidade será a abordagem mais humana e a valorização da pessoa idosa, com isso teremos caminhos percorridos de sucesso.

Palavras-Chave: Humanização na Assistência; Atenção Primária; Saúde do Idoso.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da fase idosa é um dos maiores desafios da vida, um ciclo que percorre naturalmente, colocando em alerta um sistema de assistência que está em andamento seguindo uma ordem crescente, ao contrário da vida humana que evoluímos da forma decrescente (ZANATTA; CAMPOS; COELHO, 2021).

No entanto, ao tomar conhecimento de dados coletados, percebe-se que há muitos pontos a serem analisados para que se possa haver um atendimento com base, no que diz respeito, à estatística do país. Dessa forma, é cada vez mais incidente e crescente a longevidade de uma população que necessita de cuidados adequados, uma vez que não é possível abrir mão de suas necessidades em busca de bem-estar (DELFINO, 2020).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2050 teremos uma população composta em sua maioria por indivíduos idosos que crianças menores de 12 anos (SANTANA, 2020). Frente a este cenário surge o seguinte questionamento: estamos preparados para tal acontecimento? e teremos tempo para reorganizar os sistemas de saúde?

Apesar dos esforços desenvolvidos por gestores, governantes e profissionais de saúde, as dificuldades ainda são existentes, uma vez que não é possível negligenciar as necessidades econômicas, sociais e nos serviços de saúde vivenciadas atualmente. Dessa forma, se faz necessário a realização de uma união conjunta entre governantes, profissionais e da população em geral para que se tenha respaldo, conhecimento e respeito para que seja possível alcançar um resultado satisfatório, através do atendimento humanizado e acolhedor das pessoas idosas nas instituições básicas de saúde (SILVA *et al.*, 2018).

SUMÁRIO



Nessa perspectiva é importante salientar que a humanização e a assistência, andam de mãos dadas, dois conceitos distintos, mas que em uma instituição de saúde um não funciona sem o outro. Humanizar é uma forma de cuidado para melhorar a assistência, possuindo valores e crenças. Já a assistência é uma conduta, uma construção política, social, uma forma de organizar o sistema para produzir serviços de saúde (DELFINO, 2020).

Estima-se que no Brasil existem 17,3 milhões de idosos, representando um crescimento em massa da população idosa. E junto ao envelhecimento surgem as fragilidades físicas e psicossociais, que proporcionam vários fatores como o aparecimento de doenças e mudanças no estilo de vida do idoso. Visto isso, a Atenção Básica (AB) é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, uma vez que esse serviço é orientado pelos princípios da universalidade, acessibilidade, coordenação do cuidado, vínculo, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social (SANTANA, 2020).

As equipes de saúde na AB, em especial quando organizadas pela Estratégia Saúde da Família (ESF), dispõem de importantes ferramentas para a garantia de uma atenção humanizada. É importante destacar que todo o trabalho da equipe de AB/ESF deve buscar sempre o máximo da autonomia dos usuários frente às suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

No âmbito ambulatorial, a consulta geriátrica constituirá a base dessa assistência. A consulta geriátrica deverá ser fundamentada na coleta e no registro de informações que possam orientar o diagnóstico a partir de caracterização de problemas e o tratamento adequado, com a utilização rotineira de escalas de rastreamento para depressão, perda cognitiva e avaliação da capacidade funcional, assim como o correto encaminhamento para a equipe multiprofissional e interdisciplinar (SILVA, 2004).

SUMÁRIO



Está em evidência um novo modelo assistencial das estratégias de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS) e de formação dos profissionais de saúde. Assim, muito se tem discutido a respeito da humanização na assistência à saúde, provavelmente devido à sua relevância, uma vez que é baseada em princípios como a equidade, integralidade da assistência, dentre outros, resgatando, assim, a valorização da dignidade do usuário e também do trabalhador (LIMA *et al.*, 2010).

A reflexão sobre longevidade e o tratamento da pessoa idosa nos serviços de saúde é de extrema importância, tendo em vista que a busca por um acolhimento humano e a valorização da terceira idade traz um leque de inovações para a prática de uma boa assistência. Além disso, o maior desafio enfrentado na atenção a esse público é a possibilidade de possuir uma alta qualidade de vida. Essa possibilidade cresce, de acordo com as exigências da sociedade sobre a família, sendo possível reconhecer o valor da pessoa idosa. Nessa perspectiva, é necessário que a equipe da AB esteja altamente preparada para oferecer um suporte de qualidade à pessoa idosa através de ações que viabilizem a qualidade do serviço de saúde e transforme o local em um ambiente mais acolhedor.

Dessa forma, o objetivo do presente estudo foi identificar a importância da humanização para o idoso na atenção básica de saúde. Além disso, a pesquisa ainda foi construída com base na questão norteadora: Qual a importância da humanização durante a assistência à pessoa idosa na atenção básica?

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, no qual objetiva o trabalho de forma descritiva caracterizando cada fato e visando cada dado coletado e abordando o problema da humanização no

SUMÁRIO



atendimento à pessoa idosa de forma qualitativa através de conhecimento teórico e análise de dados que enriquecem as laudas.

A revisão da literatura está presente em toda pesquisa, sendo sempre sujeita aos aspectos que dizem respeito à questão estudada e ao tipo de estudo de revisão a ser desenvolvido. Existem diversas modalidades de trabalhos científicos em pesquisa quantitativa que empregam a revisão de literatura como base. Estas pesquisas podem ser do tipo: metanálise; revisão sistemática de literatura; baseados em evidências ou de revisão bibliográfica com o caráter eminentemente de atualização do conhecimento sobre um tema circunscrito.

O procedimento adotado para coletar dados ocorreu através de pesquisa bibliográfica publicada em bases de dados gratuitas. Através das buscas foram encontrados artigos e livros. Seguindo essa visão, a proposta foi revisar algumas obras baseadas no assunto em questão, para que pudesse ser feito uma narrativa que abordasse o assunto de forma leve e transparente com relação ao atendimento do idoso na atenção primária.

Segundo Dorsa (2020) com relação à escrita de um artigo de revisão há a leitura aprofundada e intensa de textos a serem utilizados. Além disso, ela pode trazer inúmeras contribuições para a identificação da relação existente entre as pesquisas citadas a partir dos seguintes questionamentos: há sobreposições, contrastes, complementações? De acordo com os autores, é indispensável que os autores utilizados nas citações estabeleçam um diálogo entre si, por meio da mediação discursiva dos autores citados, e o quanto eles podem ser fundamentais na contribuição do tema ora pesquisado.

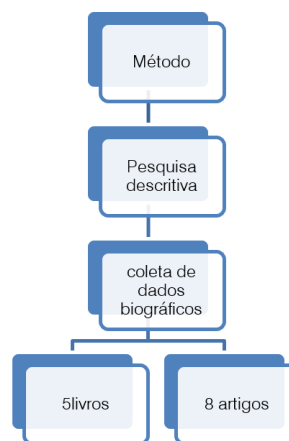
A percepção sobre esse perfil vem se tornando comum entre autores que citam o envelhecimento populacional. Lima (2014) afirma que, dentre outros fatores, esse crescimento influencia o modo de gerir a atenção à saúde, visto que uma sociedade em processo de

SUMÁRIO



mudanças tem necessidade de adequação dos valores culturais, das políticas sociais e de saúde, de maneira a atender às necessidades e aos problemas decorrentes do envelhecimento populacional. Todas essas obras trouxeram clareza no assunto, além disso o método trouxe conhecimento primordial para o assunto abordado.

Fluxograma 1 – Descrição da metodologia utilizada na construção da revisão

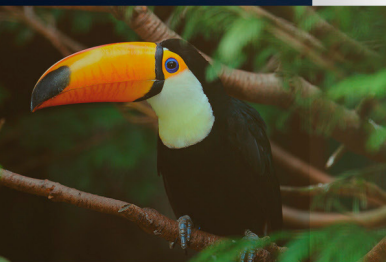


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para construir este artigo foi feita uma seleção de aproximadamente 13 obras entre artigos e livros baseados na humanização, na saúde, na atenção primária e na fisiologia do idoso. Dessa forma, foi possível expor o trabalho, com riqueza de detalhes a partir da sua fundamentação teórica, sendo possível construir uma visão sobre o crescimento da qualidade de vida no Brasil, apontando a melhora no

SUMÁRIO



serviço de atendimento à pessoa idosa, abrangendo a perspectiva de vida humana em níveis social, fisiológico.

A humanização na saúde caracteriza-se como um movimento no sentido da concretização dos princípios do SUS no dia-a-dia dos serviços. Com a Política Nacional de Humanização (PNH), o Ministério da Saúde (MS) propõe estimular esse movimento, incentivando a valorização de todos os atores e sujeitos que participam na produção da saúde. Dentro da humanização existe o acolhimento, servindo com uma atenção a assistência as pessoas que procuram atendimento ao serviço de saúde, dessa forma o profissional ouve todas as necessidades apresentadas pelo usuário, sendo capaz de atender e escutar para que se chegue a uma solução capaz de satisfazer o usuário (BRASIL, 2012).

Segundo Lima *et al.* (2010), humanizar a assistência implica em proporcionar atenção tanto à fala do usuário quanto à fala dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo pensante promovendo ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Entretanto, o problema em muitos locais é justamente a falta de condições técnicas, seja por falta de capacitação ou materiais, tornando o atendimento inapropriado pela má qualidade, resultando num atendimento de baixa resolubilidade. Essa falta de condições técnicas e materiais também pode induzir à desumanização na medida em que profissionais e usuários se relacionem de forma desrespeitosa, impessoal e agressiva, piorando uma situação que já é precária.

Infelizmente é o que se vê em muitas unidades de saúde, interferindo de forma negativa no atendimento ao usuário, além disso existe a falta de material e recursos para atender, fazendo com que o profissional se desestabilize e acabe não acolhendo o usuário como se deve.

SUMÁRIO



A criação da Política de Humanização surgiu a partir do momento no qual se observou que o aumento da demanda de saúde pública estava sendo acompanhada por uma insatisfação da qualidade dos serviços ofertados, tanto por parte dos profissionais como dos usuários do serviço. Foi então que surgiu a necessidade de criar uma política que incentivasse o fortalecimento e vínculo entre gestão, profissionais e usuários. Deste modo, o Humaniza SUS enfatiza que humanizar é proporcionar ao trabalhador condições para que ele possa acolher e criar um vínculo com os usuários e seus familiares dentro do serviço, respeitando-os em suas diversidades culturais e vendo-os em sua totalidade biopsicossocial, procurando inserir o paciente no ambiente e minimizando o tempo de espera (GONÇALVES *et al.*, 2016).

Sob a ótica do Programa de Saúde da Família (PSF) é imprescindível que os profissionais a serem contratados se comprometam com a noção de humanização como um pré-requisito fundamental que os instrumentalize para olhar e observar as necessidades do território sob sua responsabilidade e, sobretudo, para perceber onde estão as vulnerabilidades reais e potenciais que podem levar as pessoas ao sofrimento, seja ele de qualquer natureza (LIMA *et al.*, 2010).

A proposta da PNH é que o acolhimento esteja presente em todas as formas de atendimento envolvendo a atenção e a gestão, atingindo assim todos os ciclos que produzem a saúde tendo uma visão mais atenciosa e humana tanto para o profissional quanto para o usuário compartilhando saberes, renovando o atendimento e melhorando o processo de trabalho caracterizada por ações proativas, no qual o planejamento é fundamental para o acolhimento (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

O momento é de unir forças, recorrer aos melhores profissionais, ao poder público e ao usuário para que o atendimento seja cada vez mais de qualidade para que se torne possível humanizar a assistência na atenção primária.

SUMÁRIO

O aumento da população idosa, requer uma introdução de práticas preventivas exigindo uma postura adequada dos serviços de saúde para que se possa atender essa demanda nos três níveis de cuidado: atenção primária, secundária e terciária, as necessidades fisiopatológicas do envelhecimento necessitam de cuidados de curto, médio e longo prazo, pois, se o problema de saúde não for abordado de forma adequada o impacto negativo sobre a saúde do idoso será estrondoso (REBELLATO *et al.*, 2021).

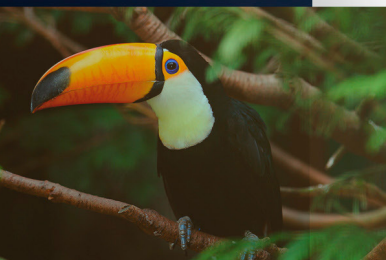
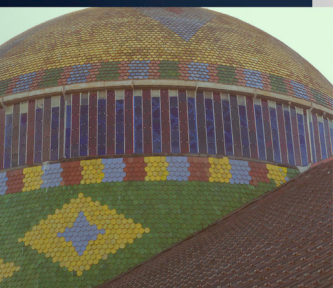
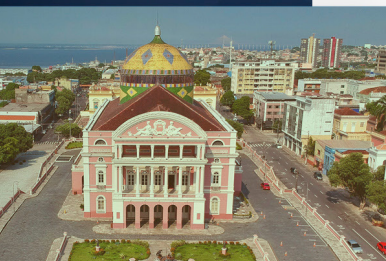
A atenção primária é o primeiro contato do idoso com o serviço de saúde, é neste momento que surge a necessidade de programas voltados para a pessoa idosa que possa abraçar a qualidade de vida abrangendo dimensões diferentes na saúde.

Tais necessidades de saúde, requerem uma atenção específica, desta forma implementou-se, no Brasil, a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, que assegura direitos sociais à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1994).

Para que se possa garantir todas as necessidades, através do acolhimento e cuidado humanizado da pessoa idosa na atenção primária:

O que leva ao acionamento de redes internas, externas e multidisciplinares. O cuidado nelas é alinhado ao proposto pelo Ministério da Saúde no sentido de ser orientado a partir da funcionalidade global da pessoa idosa, considerando o risco de fragilidade existente e o seu grau de dependência (capacidade de execução), buscando a autonomia (capacidade de decisão) possível (HOFFMANN *et al.*, 2014).

Todas essas linhas de cuidados começam na atenção primária, buscando melhorar seu desempenho no primeiro contato, interagindo em uma troca de confiança e valorização da pessoa idosa, procurando



SUMÁRIO



manter elos com toda equipe multiprofissional para que se promova uma saúde de qualidade ampliando e restabelecendo a vida.

O profissional da saúde é o responsável pela melhoria da qualidade da assistência e conseqüente satisfação do usuário; entretanto, deve-se pensar na produção de cuidados e práticas humanizadoras levando-se em conta as especificidades desse ofício que envolve a utilização intensiva de capacidades físicas e psíquicas, intelectual e emocional, incluindo troca de afetos e de saberes (LIMA *et al.*, 2010).

O PSF também, vem para somar na atenção primária, no qual se apresenta como a melhor estratégia que o SUS já desenvolveu, pois exige do profissional sutileza, com um olhar e uma abordagem mais humana, nesse caso o Agente Comunitário de Saúde (ACS) torna-se peça fundamental para unir as famílias com as unidades de saúde. Logo, a humanização tornou-se um dos assuntos mais importantes para o MS principalmente em relação a pessoa idosa (LIMA *et al.*, 2010).

Em 2003, o MS iniciou a expansão da humanização além do ambiente hospitalar com a instituição da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (Humaniza SUS), cujo objetivo principal é efetivar os princípios do SUS nas práticas de atenção e de gestão, tornando-os mais humanizados e comprometidos com a defesa da vida, fortalecendo o processo de pactuação democrática e coletiva (LIMA *et al.*, 2010).

Para Silva (2004) por mais que do ponto de vista biológico a velhice possa dar um impacto não favorável, se comparada a outras fases do desenvolvimento humano, é uma realidade a ser enfrentada por todos aqueles que terão o privilégio de chegar a essa etapa da vida. Quanto maior for o acesso aos bens e serviços da sociedade, maior será a qualidade de vida no processo de envelhecimento. E sob esta ótica, os serviços de saúde têm papel fundamental na atenção à saúde, para que a população idosa possa usufruir a vida com tudo aquilo que construiu ao longo de sua existência.

SUMÁRIO

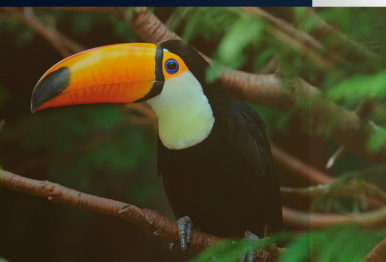
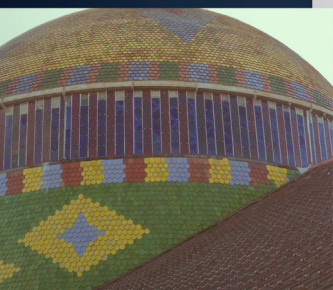
Enfim, cada ser humano vive essa fase da vida de uma maneira muito pessoal, muito particular, ao longo do tempo o ser humano se torna mais fragilizado necessitando de apoio, buscando o novo e um lugar nesse tempo contemporâneo, adquirindo experiências e validando seus direitos constitucionais que é o direito à vida.

No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos. A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (BRASIL, 2013).

É claro que o envelhecimento é um processo natural da vida, porém surgem doenças, estresse emocional, acidentes, necessitando de cuidados. O estresse emocional em idosos pode se originar de causas diferentes, como necessidade de conviver com doenças crônicas que exigem cuidados específicos, a adaptação uma rotina de aposentado, insônia entre tantas transformações em sua vida.

Acidente, com a saúde mais fragilizada os acidentes domésticos se tornam mais frequente, pois o corpo já não tem mais sustentação para uma rotina comum é necessária cautela para exercer atividades diárias, pois o impacto do envelhecimento a fase mais complicada da vida. A fisiologia do envelhecimento torna a pessoa idosa, mais sensível as doenças, pois, com o avanço da idade, uma das consequências é a redução de água no organismo, o que pode levar à desidratação, redução da massa muscular fazendo com que o idoso perca força, e uma redução da massa óssea, podendo causar a osteoporose.

Os cuidados nessa fase são mais rigorosos, precisando de uma atenção mais humana, minimizando as cargas do envelhecimento e



SUMÁRIO



melhorando a qualidade de vida do idoso e os levando a hábitos saudáveis e rotineiros. Necessidades de cuidados é sem dúvida o mais importante na fase do envelhecimento, um cuidado adequado melhora a qualidade de vida e reduz riscos, a família é essencial na revitalização da longevidade e na união com o serviço primário de saúde.

Segundo Lima *et al.* (2010), humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais da saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo que pense e promova as ações, as campanhas, os programas e as políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. É nesse contexto de acolhida que se constrói um atendimento de qualidade, respeito e cumplicidade envolvendo o idoso, a família e os profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo descreve, com muita propriedade e embasamentos como a equipe de atenção primária deve atuar de forma mais acolhedora, proporcionando leveza ao atender a pessoa idosa levando em consideração a humanização, ética, conhecimento, empatia e os direitos e deveres, acreditando na capacidade de impulsionar feitos inimagináveis. O propósito do artigo foi identificar a importância da humanização na atenção básica, enfrentando o problema do acolhimento na 3ª idade nas instituições de atendimento primário.

Considera-se que uma análise de dados mais efetiva torna a curiosidade para novas pesquisas, o fato de os idosos estarem sendo atendidos de forma humanizada acredita ser que tornou o assunto primordial ao que se refere ao atendimento nas instituições. Para que

SUMÁRIO



se resolva a questão é necessário que se unam forças dos poderes públicos e da sociedade, cada um assumindo suas responsabilidades cumprindo o que determina o SUS e o estatuto do idoso.

Os avanços foram significativos, e o resultado que se esperava foi satisfatório para a detecção nos problemas da assistência primária dos idosos, todos os programas foram bem executados pelos gestores e pelo MS. Conclui-se que o idoso está bem assistido pelos profissionais que buscam se aperfeiçoar para que se obtenha sucesso no seu atendimento.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, J. **O vó da humanidade**. RJ, Exército Brasileiro, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Guiapratico do cuidador**. 3º Ed.2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRUM, A. **Fisiopatologia básica**, RJ, Guanabara, 2015.
- CORAZZA, M. **Terceira idade e atividade física**. 3º Ed.Phorte, 2009.
- DELFINO, L. L. **Revolução da longevidade e a pluralidade do envelhecer**. Editora Senac São Paulo, 2020.
- DORSA, A. C. O papel da revisão da literatura na escrita de artigos científicos. **Interações (Campo Grande)**, v. 21, p. 681-683, 2020.
- FIGUEIREDO, A. **Fundamentos, Conceito e Situações de exercício**. Ed. Difusão, 2008.
- GONÇALVES, G. S. *et al.* Práticas de humanização para o idoso na atenção primária à saúde. **Revista Interdisciplinar em Saúde**, v. 3, n. 2, p. 323-34, 2016.
- HOFFMANN, M. C. C. L. *et al.* **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS**: proposta de modelo de atenção integral. 2014.
- LIMA, T. J. V. *et al.* Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, p. 866-877, 2010.

SUMÁRIO



MOREIRA, A. **Atividade física na maturidade**. RJ, Shape, 2001.

NETO, A. **Estatuto do idoso e normas correlatas**. 2008.

PENNA, C. M. M.; FARIA, R. S. R.; REZENDE, G. P. Acolhimento: triagem ou estratégia para universalidade do acesso na atenção à saúde? **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 815-829, 2014.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903-1914, 2018.

REBELLATO, C. *et al.* **Cuidado interdisciplinar de pessoas idosas: da teoria à prática**. Letra e Imagem, 2021.

SANTANA, A. **O envelhecimento da população brasileira e as perspectivas atuais e futuras**. 2020.

SANTOS, A. C. F. *et al.* Saúde do idoso: humanização e acolhimento na atenção básica. **Gestão e Saúde**, v. 5, n. 5, p. pag. 2928-2937, 2014.

SILVA, D. P. L. *et al.* Envelhecimento e velhice: humanização nos cuidados à pessoa idosa na perspectiva dos alunos do curso técnico em enfermagem da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras-ETSC. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 1, n. 2, p. 389-398, 2018.

SILVA, M. C. Q. *et al.* **Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica**. 2004. Tese de Doutorado.

ZANATTA, C.; CAMPOS, L. A. M.; COELHO, P. D. S. A pessoa idosa e a busca do sentido. Um olhar de esperança. **Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies**, v. 27, n. 1, p. 104-113, 2021.

17

Alexandra Marinho Corrêa

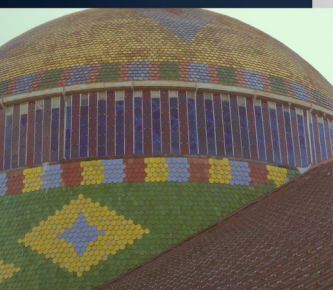
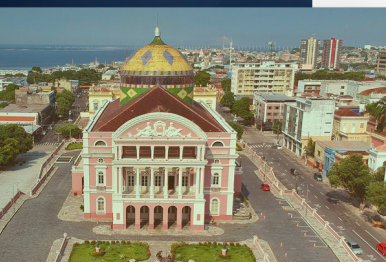
Daniel Cerdeira de Souza

ATENÇÃO DOMICILIAR NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE:

revisão integrativa da literatura

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.17](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.17)

SUMÁRIO

**Resumo:**

A atenção domiciliar envolve o deslocamento das equipes de saúde das unidades básicas para a comunidade na busca da realização de ações de prevenção e promoção à saúde na comunidade, sendo entendida como essencial para a expansão e alcance populacional na Atenção Primária à Saúde. Desse modo, este estudo objetivou analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2022 sobre os desafios da visita domiciliar na atenção primária à saúde. Metodologicamente, trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde 21 artigos colhidos no Portal Periódicos CAPES foram analisados duplamente, em um primeiro momento via um protocolo descritivo e após via o procedimento de Análise de Conteúdo. Os dados possibilitaram a construção de duas categorias: 1) Benefícios da Atenção Domiciliar e 2) Desafios da Atenção domiciliar. Os resultados discutem que os principais benefícios da atenção domiciliar envolvem o alcance de populações vulneráveis para a garantia dos seus direitos de acesso à saúde. Os principais desafios envolvem a precarização do trabalho dos profissionais, que devido aos constantes cortes de orçamento, enfrentam dificuldades de formação, treinamento e sobrecarga de trabalho, o que tem impacto na qualidade do serviço oferecido à comunidade.

Palavras-Chave: Atenção domiciliar; Visita Domiciliar; Atenção primária à saúde; SUS.

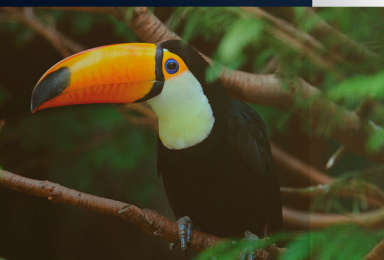
SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Família é o grupo social onde aprendemos aspectos importantes de socialização (FACO, MELCHIORI, 2009). Trata-se de um sistema aberto, dinâmico e complexo, cujos membros pertencem a um mesmo contexto compartilhado, lugar do reconhecimento da diferença e do aprendizado quanto ao se unir ou se separar e sede das primeiras trocas afetivo-emocionais e da construção da identidade (FERNANDES, CURRA, 2006). Em nossas famílias, aprendemos nossas primeiras referências sobre as representações do mundo, bem como recebemos nossos primeiros cuidados em saúde.

Desde a antiguidade, são praticados cuidados domiciliares em saúde. Devido ao desenvolvimento científico, a partir do século XIX, o hospital foi instituído como local de cuidados para pessoas que sofrem de problemas de saúde. Ao serem segregados em um hospital, as pessoas se tornaram pacientes, tendo a identidade de doentes. Por meio da institucionalização do sujeito adoecido, a família deixou de ter autonomia para cuidar do parente, solicitando assistência médica nos hospitais preparados para tratar as manifestações clínicas das doenças. Essa impotência foi introduzida por meio de um modelo médico científico (BRANT; MINAYO-GOMES, 2004).

Contudo, esse modelo de atenção nos hospitais não tem atendido às novas demandas em saúde, que resultam das questões demográfica e epidemiológica pelas quais a sociedade passa, citando como exemplo o envelhecimento da população e a elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas. O Sistema Único de Saúde (SUS) contempla a Estratégia de Saúde da Família (ESF), centrado no saber interdisciplinar que intenta expandir o acesso ao SUS, de modo a interagir com a população de modo a alcançar a maior parte da população.



SUMÁRIO



De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), a ESF tem por objetivo a reorganização da atenção básica no Brasil, de modo a garantir a expansão, qualificação e consolidação da atenção básica de ampliando a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. A ESF é formada por uma equipe multiprofissional, a chamada equipe de Saúde da Família, que é composta por, no mínimo: médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; auxiliar ou técnico de enfermagem; e agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal (MACINKO, MENDONÇA, 2018).

Tendo em vista ampliar e garantir o funcionamento das equipes de saúde da família, se cria a proposta da atenção domiciliar (AD), objetivando revalorizar o lar como espaço de cuidado, cujo olhar foi voltado para evitar hospitalizações sem a necessidade, associado ao fato de apoiar as equipes de atenção básica para serem eficientes (BRASIL, 2012). A AD é uma oportunidade diferente de cuidado que oferece a promoção da saúde da comunidade com suporte técnico-científico, mas que se desenvolve em um espaço extra-institucional de saúde. Ela se caracteriza por utilizar uma tecnologia leve, permitindo o cuidado à saúde de forma mais humana, acolhedora, estabelecendo laços de confiança entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, ampliando o acesso da população às ações da Saúde em um dos pontos de sua rede de atenção: o domicílio, a unidade residencial de determinada família (ANDRADE *et al.*, 2014).

A AD é uma estratégia que potencializa o acesso da comunidade ao sistema de saúde. A estratégia é composta por profissionais de saúde de uma unidade básica de saúde que visitam os sujeitos

SUMÁRIO



em suas residências e permite que toda a equipe tenha maior contato com as famílias da comunidade, oferecendo educação em saúde, como também trazendo questões norteadoras em promoção a saúde e prevenção de agravos para os indivíduos que estão sendo visitados (MENDES, OLIVEIRA, 2007).

No entanto, sabemos que para o sucesso da AD, é fundamental que o profissional de Saúde compreenda a família que está recebendo esse cuidado, sua estrutura e funcionalidade (WAGNER, 2001). Ao abordar uma família, é importante estabelecer um contato de cuidado em AD, permitindo o conhecimento da família e das possíveis dificuldades que prejudicam o bem-estar de seus membros. Portanto é no domicílio, que se conhecem algumas questões sobre a estrutura familiar.

A AD no contexto da atenção básica (AB) propõe a reorganização do processo de trabalho da equipe de saúde e evoca as diferentes criações e possibilidades de abordagem da família a partir do princípio da territorialização. Esse princípio consiste na delimitação geográfica e institucional de uma área de trabalho para a equipe AB, e considera a dinâmica e os equipamentos sociais disponíveis nessa área, a atribuição da clientela que reside nesse espaço e a possibilidade de articulação com outros serviços externos. A AD possui atividade sistemática, clara e consistente e a complexidade das medidas para melhorar e restaurar a saúde e o trabalho em equipe; uso de tecnologias de alta complexidade e de baixa densidade (BRASIL, 2012).

Considerando o exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2022 sobre os desafios da atenção domiciliar na atenção primária à saúde.

SUMÁRIO



METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão integrativa (RI), que trabalhou com dados teóricos e empíricos, seguindo o proposto por Whitemore e Knafl (2005), a partir dos seguintes passos:

1. Identificação do problema: O objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2022 sobre os desafios da visita domiciliar na atenção primária à saúde.
2. O segundo passo corresponde a coleta dos dados. Dessa forma, os passos da coleta neste estudo iniciaram-se na definição dos descritores de busca, sendo “Visita Domiciliar”; “Atenção domiciliar”; “Atenção Primária à Saúde”, validados nos Descritores da Biblioteca Virtual de Saúde (Dec’s BVS). O portal utilizado para coleta foi a Biblioteca Virtual de Saúde, escolhido porque integra diversas bases de dados e proporcionam acesso público aos artigos científicos, além de apresentar estudos interdisciplinares, considerando que o tema da revisão pode ser estudado do ponto de vista da saúde e das ciências humanas/sociais. A coleta foi realizada entre os dias 5 e 8 de julho de 2022 por meio do IP (número identificador dado ao seu computador, ou roteador, ao conectar-se à rede) da Universidade Federal do Amazonas, que permite acesso aberto a uma amplitude de publicações científicas, entre elas, as publicações de revistas que cobram taxas de acesso. Os critérios de inclusão adotados foram: Artigos publicados em revistas indexadas revisadas por pares sobre o tema da pesquisa em contexto brasileiro, publicados em língua portuguesa, entre janeiro de 2017a junho de 2022. Como critérios de exclusão, removemos outras formas de publicação (artigos de jornal, artigos de anais de eventos,

SUMÁRIO



artigos de jornais e outros veículos midiáticos não científicos, livros, dissertações, tese, editoriais, resenhas e afins). O total de resultados coletados foi de 97.

3. O terceiro passo correspondeu a avaliação dos dados coletados. Assim, os 97 resultados coletados foram descritos em uma planilha do Microsoft Excel para serem tratados e organizados inicialmente. Dessa maneira, nessa etapa, foram excluídos os resultados que não estavam no formato de artigos científicos, mas que estavam indexados nas bases. Assim, foram excluídos aqui 16 resultados (3 resenhas, 10 dissertações de mestrado, 3 documentos oficiais do governo). Restaram então 81 artigos. Após, foram excluídos os artigos que estavam repetidos no portal, onde foram excluídos 22 artigos. Restaram então 59 artigos dos quais foram lidos os títulos e resumos para o terceiro recorte e exclusão daqueles que não apontavam para o objetivo deste trabalho. Nessa etapa, 35 artigos foram excluídos.
4. A quarta etapa diz respeito à análise e interpretação dos dados: Para essa etapa, restaram 24 artigos, os quais passaram por leitura completa. Para apoio na leitura, foi elaborado um instrumento, chamado “protocolo de RI”, que nos auxiliou na análise descritiva inicial dos artigos. Este protocolo baseia-se no estudo de Evans e Pearson (2001) e contee: a pergunta da revisão, os critérios de inclusão e as estratégias de busca, assim descritos: i) a identificação (título do artigo, título da revista em que foi publicado o artigo, área do periódico, base de dados, ano e autores e país da publicação); ii) metodologia do estudo; iii) as principais considerações/resultados e pergunta da pesquisa e iv) um campo para que se justifique caso o estudo seja excluído da amostra final. Após a análise, o revisor deu seu parecer de “selecionado” ou “não selecionado” para cada artigo, seguindo o critério de relevância do estudo para a amostra e se ele

SUMÁRIO



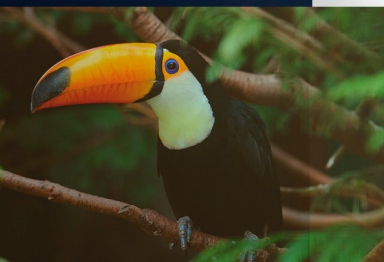
contemplava a temática proposta de forma integral. Nessa etapa foram excluídos 05 artigos, por não contemplarem o tema deste estudo.

O universo final desta revisão foi composto por 21 artigos e para analisar os dados extraídos destes, foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Esse procedimento organiza-se em três fases, segundo Bardin (2011): I) Pré-Análise: É a organização de todos os materiais utilizados na coleta dos dados (correspondente à organização e leitura dos artigos no protocolo). II) Exploração do Material: que consiste nas operações de codificação em função das regras que já foram previamente formuladas (após a leitura no protocolo, criou-se as categorias). III) Tratamento dos resultados: É a fase de análise propriamente dita, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como resultados, descrevemos as características de cada artigo selecionado na amostra desta revisão. Quanto ao idioma em que os artigos foram publicados, sendo 21 artigos na língua portuguesa, não foi encontrado nenhum artigo em línguas inglesa e espanhola. Os anos de publicação foram: 02 artigos publicados em 2017, 03 em 2018, 05 em 2019, 06 em 2020 e 05 em 2021. As áreas dos periódicos foram: ciência da saúde coletiva, ciência social, ciência popular, e psicologia. O Quadro 01 a seguir mostra os artigos analisados.

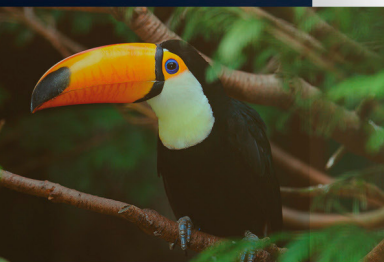
SUMÁRIO



Quadro 01 – Artigos analisados

ARTIGOS	REVISTA/ANO/PAÍS	MÉTODO	AUTORES
Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS	Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2020, Brasil.	Qualitativo	Marques, F. P.; Bulgarelli, A. F.
A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia de saúde da família na atenção ao puerpério.	Revista Ciência Plural, 2021, Brasil.	Revisão Integrativa	Lima, C. S. de.; de Araújo, T. C.V.
Visitas domiciliares e diagramação familiar na Atenção Primária à Saúde: reflexões de estudantes participantes do PET Saúde Interprofissionalidade	Revista Atenção Primária à Saúde, 2021, Brasil.	Qualitativo	da Silva, P. N. <i>et al.</i>
Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a formação em Psicologia	Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 2021, Brasil.	Relato de Experiência	Lima, M. <i>et. al.</i>
Visita domiciliar para promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes: contribuições da equipe da Estratégia Saúde da Família	Revista Atenção Primária à Saúde, 2020, Brasil.	Qualitativo	Cardoso, D. J. S. <i>et al.</i>
Potencialidades e limitações da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina na disciplina de Saúde da Família e Comunidade	Revista Atenção Primária à Saúde, 2019, Brasil.	Relato de Experiência.	Silva, C. D. <i>et al.</i>
Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro	Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade, 2021, Brasil.	Qualitativo.	Goulart, E. P. <i>et al.</i>
Avaliação da Visita Domiciliar em Programas na Primeira Infância: Contribuições para a realidade Brasileira	Ciência e Cuidado em Saúde. 2021, Brasil.	Revisão narrativa	Marques, F. P.; Bulgarelli, A. F.
A visita domiciliar ao recém-nascido	Revista de Enfermagem da UFPE, 2020, Brasil.	Revisão Integrativa	Oliveira G. C. P.; <i>et al.</i>
Tempo ideal para a realização da visita domiciliar ao recém-nascido: uma revisão integrativa	Ciência & Saúde Coletiva, 2019, Brasil.	Revisão Integrativa	Soares, A. R. <i>et al.</i>
Saberes científicos e populares de enfermeiros e usuários na visita domiciliar	Revista Cubana de Enfermería. 2020, Brasil.	Qualitativo	Acioi S., Alves L.V.V.

SUMÁRIO



ARTIGOS	REVISTA/ANO/PAÍS	MÉTODO	AUTORES
Visita Domiciliar e Saúde Mental: um relato de experiência	Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, 2020, Brasil.	Relato de Experiência.	Araújo, C. M. R.; Silva, J. P.
Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASA	Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade, 2020, Brasil.	Revisão Narrativa.	Savassi, L. C. M.; <i>et al.</i>
Declaração de óbito domiciliar na Atenção Primária à Saúde: acolhendo a morte no lar.	Interface: Comunicação, Saúde, Educação, 2020, Brasil.	Revisão Narrativa	Dias, A. P. M.; Vieira, E. F.; Gomes, E. R.
Estratégias de avaliação da visita domiciliar: uma revisão de escopo	Acta Paulista de Enfermagem, 2019, Brasil.	Revisão de Escopo	Siqueira L. D.'E, <i>et. al.</i>
A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG)	Saúde em Debate, 2019, Brasil	Qualitativo	Santana, V. C.; Burlandy, L.; Mattos, R. A.
Assistência a recém-nascidos de alto risco: do hospital ao domicílio	Revista Rene. 2019, Brasil	Qualitativo	Correia, E. T. <i>et al.</i>
Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde	Saúde Debate, 2018, Brasil.	Revisão Sistemática	Nunes, C. A. <i>et al.</i>
Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado	Revista de Saúde Coletiva, 2018, Brasil	Método Qualitativos	Assis A.S., Silva C.R.C.
Visita domiciliar como ferramenta de promoção da saúde do pé diabético amputado	Revista de Enfermagem UFPE, 2017, Brasil.	Revisão Sistemática	Dias, J. de J. <i>et al.</i>
Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados	Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017, Brasil.	Quantitativo	Santos, G. S.; Cunha, I. C. K.O.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

Agora apresentamos as categorias dos resultados da revisão, a partir da técnica de Análise de conteúdo (BARDIN, 2011).

SUMÁRIO



Benefícios da visita domiciliar na APS

A literatura analisada sugeriu a AD como um processo fundamental para a garantia do cumprimento dos objetivos do SUS e para o bom funcionamento e alcance da APS. De acordo com Marques e Bulgarelli (2020), a AD tem potencial para gerar cuidado integral na medida em que se estimula a confiança, o vínculo e a empatia na relação entre os profissionais de saúde e a população atendida. Nesse sentido, Lima e Araújo (2021) complementam que para populações chave como as puérperas, a visita domiciliar tem uma potência de promoção de saúde muito interessante. O período puerperal envolve uma gama de sentimentos e inseguranças para muitas mulheres, portanto, a atuação de profissionais na AD pode auxiliar a mulher a lidar com esse novo momento de sua vida, além do mais, a atuação dos profissionais, principalmente os da enfermagem, pode fortalecer o vínculo mãe-bebê na medida em que este profissional fornece educação em saúde para a família e auxilia na promoção e prevenção em saúde e no diagnóstico precoce de agravos. Dessa forma, os profissionais da enfermagem são citados como profissionais chave no processo de atenção domiciliar na APS.

De acordo com Silva *et al.* (2019), o acompanhamento domiciliar das famílias na APS apresenta diversos benefícios, como a coleta de dados sobre o estilo de vida da comunidade (o que contribui para o planejamento de intervenções em saúde), o cuidado continuado em saúde (principalmente no caso de pacientes acometidos por doenças crônicas) e também favorece a formação de vínculo entre a equipe profissional e os pacientes. Todos esses benefícios facilitam o acesso da população, principalmente das populações mais pobres e vulnerabilizadas ao direito à saúde, de modo que esse acompanhamento favorece o conhecimento, por parte da equipe de saúde, da realidade como ela é, de modo a possibilitar um planejamento de atuação o

SUMÁRIO



mais próximo o possível das possibilidades da família que está sendo atendida. Outro ponto envolve a questão do aprendizado da equipe de saúde sobre as demandas sociais que determinam a saúde da população, possibilitando uma relação entre teoria e prática.

De acordo com Oliveira *et al.* (2019), AD se torna imprescindível para aqueles pacientes que receberam alta dos demais níveis de complexidade do SUS, como por exemplo a alta hospitalar após longos períodos internados, ou mesmo após graves acidentes que fragilizam a saúde dos sujeitos. Essa aproximação favorece a autonomia familiar, privilegiando que cuidados efetivos sejam realizados no seio da família, de modo que o deslocamento da equipe de saúde da unidade a residência dos sujeitos promove o alcance de populações que moram em áreas de risco de difícil acesso, considerando ainda que muitas dessas famílias podem viver em condições de pobreza e podem não ter como se deslocar a unidade de saúde. Os autores relatam ainda que a AD tem impacto especial na saúde de recém nascidos, devido sua condição de vulnerabilidade e devido às várias mudanças que um novo membro traz para a dinâmica familiar.

A AD também foi relatada e diante do cenário pandêmico em relação a Covid-19. De acordo com Savassi *et al.* (2020), a AD potencializa processos de cuidado em saúde para a prevenção e recuperação diante da transmissibilidade do novo coronavírus, portanto a AD possibilita a redução ou mesmo a interrupção da transmissão do novo coronavírus, bem como auxilia na identificação precoce da infecção através da análise dos sintomas e da testagem, além de que também tem potencial para fornecer suporte no acompanhamento da recuperação de possíveis sequelas dos casos mais graves. Nesse sentido, a AD visa a redução da demanda por atendimento hospitalar, de modo a contribuir para a desinstitucionalização dos pacientes e potencializando sua autonomia e protagonismo em seu processo de cuidado. Os autores ainda discutem que a AD promove ações curativas e assistenciais que têm mais

SUMÁRIO

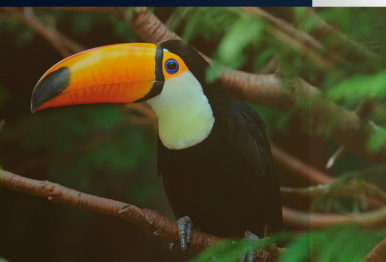
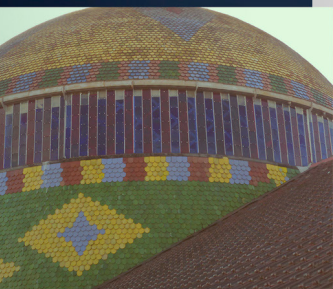
chances de serem mais bem articuladas e realizadas no ambiente domiciliar, se comparado aos outros espaços de saúde.

A literatura também dá destaque a atuação dos agentes comunitários de saúde. De acordo com Santana, Burlady e Mattos (2019), eles podem facilitar o acesso a APS, de modo que o atendimento realizado por esses profissionais envolve a formação de um vínculo para o compartilhamento de demandas particulares e do cotidiano, o que pode possibilitar a descentralização das informações, de modo a possibilitar o conhecimento dos modos de vida da população. Desse modo, a aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade através da AD é essencial como estratégia de promoção e prevenção de agravos no âmbito da APS (NUNES *et al.*, 2018).

Desafios da visita domiciliar

Essa categoria reúne os principais desafios em relação a AD encontrados na literatura analisada. De acordo com Silva *et al* (2021), a AD enfrenta desafios que vão desde a formação inicial até os processos metodológicos na realização da visita. Os desafios na formação inicial envolvem uma qualidade de formação inadequada, de maneira que se torna necessário uma integração do conhecimento para que se alcance a chamada Educação Interprofissional, que possibilita um trabalho em equipe integrado e colaborativo, de forma que se consiga observar as necessidades da população e assim, intervindo na realidade de vida dos usuários do sistema de saúde. É relatado que muitos profissionais de saúde (principalmente ACS) podem ter dificuldades em lidar com ações de promoção à saúde focadas no desenvolvimento infantil (MARQUES, BULGARELLI, 2021).

Essa dificuldade de formação implica em barreiras que impedem o exercício profissional, de maneira que muitas notificações



SUMÁRIO



compulsórias de saúde deixam de serem feitas porque os profissionais podem não saber como fazê-las. Outro ponto é que, compreendendo a importância da AD para a relação mãe-bebê, uma formação profissional rasa pode implicar em fragilidades na educação em saúde promovida para puérperas, de modo a prejudicar o desenvolvimento do recém-nascido (SOARES *et al.*, 2020). Correia *et al.* (2019) complementa que a AD é de suma importância para a comunidade, em especial quando se trata de recém nascidos. Mas o que se observa é uma falta de conhecimento generalizada dos profissionais de saúde em relação às demandas de cuidado para esse público em específico, principalmente quando o recém-nascido é advindo de parto de alto risco.

A literatura ainda cita desafios que o profissional da Psicologia enfrenta na AD. De acordo com Lima *et al.* (2021), alguns dos desafios enfrentados por esse profissional envolve por exemplo, a percepção de que a atuação da Psicologia é distante da realidade social, de modo que muitas vezes a visita domiciliar desses profissionais pode envolver a indisponibilidade dos usuários, que podem estar dormindo ou não estar em casa. O contexto pode apontar para a perspectiva da saúde como aquela que é somente biologicista, de modo que questões emocionais e demais demandas de saúde mental possam ser colocadas em segundo plano.

Outro ponto envolve a questão da burocracia envolvida no oferecimento de serviços em saúde na APS. De acordo com Cardoso *et al.* (2020), a burocracia na APS pode dificultar a atuação das equipes de saúde e isso se alia ao acúmulo de funções principalmente pelos profissionais médicos. Outros pontos envolvem a precarização do trabalho em saúde, de modo que faltam recursos, equipamentos, meios de transportes e afins. Também é relatado que a falta de capacitação dos profissionais para uma AD contextual e localizada dificulta a realização da mesma.

SUMÁRIO



De acordo com Goulart *et al.* (2021), as tensões em relação a violência, às desigualdades e vulnerabilidades sociais interferem nas atividades das equipes de saúde, impedindo a efetividade das intervenções. O poder público precisa garantir a segurança dos profissionais em exercício, de modo que muitas vezes, para protegê-los, a visita domiciliar é impedida ou mesmo a família pode não receber os profissionais por medo de que eles não sejam efetivamente profissionais da saúde.

A literatura também relata alguns dilemas éticos característicos desse tipo de trabalho, mais especificamente o vínculo, de modo que o estabelecimento de vínculo aparece de maneira dupla: se por um lado, um vínculo sólido e de qualidade é essencial para o bom andamento do trabalho, um vínculo muito intenso pode prejudicar as intervenções em saúde na medida em que os profissionais se envolvem demais com a situação. A AD envolve muita proximidade entre os profissionais e os usuários, de modo que muitas demandas íntimas e constrangedoras são compartilhadas, assim, é possível que muitos profissionais se encontrem pessoalmente envolvidos com determinados casos, gerando sentimentos disfóricos de frustração e impotência diante de determinados contextos e situações. Além do mais, um vínculo muito intenso pode fazer com que a família se sinta abandonada caso os profissionais mudem de emprego ou área ou, por algum motivo, não compareça mais em seu domicílio por um período como o de férias ou períodos de tensionamento entre grupos de tráfico de drogas e policiais que coloquem em risco a vida dos profissionais e das famílias (ARAÚJO, SILVA, 2020).

Um outro desafio da AD relatado na literatura envolve o conflito entre saberes científicos e saberes populares. De acordo com Acioli e Alves (2020), torna-se necessário que os profissionais de saúde consigam lidar com os saberes da comunidade e para isso, é preciso concretizar os canais de diálogo com as famílias através de relações horizontais que promovam o reconhecimento do saber popular, para que nessa relação, o saber técnico em saúde ganhe espaço e potência.

SUMÁRIO



A literatura também relata a abordagem familiar ao luto como um desafio na AD. De acordo com Dias, Vieira e Gomes (2020), a abordagem desse momento é bastante complexa, uma vez que a equipe de saúde precisa auxiliar na resolução de questões burocráticas (como documentos relacionados ao óbito), ela também precisa se colocar em um lugar de sensibilização em relação a dor e sofrimento dos familiares frente a perda recente. O luto é vivenciado de maneira diferente em cada grupo familiar, e é vivenciado de maneira singular por cada membro da família. Assim, os profissionais de saúde que realizam a AD precisam estar atentos às necessidades da família, para que possam, dentro das possibilidades, auxiliar de maneira respeitosa, empática e produtiva.

Mas todo esse trabalho esbarra na precarização do trabalho em saúde no nosso país. Os diversos cortes de orçamento e a Emenda Constitucional 96/2016, o Teto de Gastos, colocam em xeque a qualidade da AD na APS. A AD é um trabalho que requer recursos tanto humanos quanto tecnológicos, além de tempo para supervisões, preenchimento de relatórios, reuniões de planejamento e avaliação das intervenções e afins e com a redução dos investimentos em saúde, toda uma cadeia que poderia trazer excelentes resultados na prevenção, promoção, educação e acompanhamento em saúde é prejudicada, o que coloca em risco principalmente as famílias mais pobres do país (SIQUEIRA *et al*, 2019). Assis e Silva (2018) ainda complementam que diante destes cortes, os profissionais de saúde vivenciam tensões e sobrecargas de trabalho, visto a grande demanda advinda da comunidade, onde as equipes de saúde precisam cobrir áreas cada vez maiores e se tornam o depositário de expectativas da comunidade em relação aos serviços de saúde.

Além do mais, de acordo com Dias *et al* (2017), a AD possui limitações que envolvem o cotidiano da família e das comunidades, onde muitos serviços podem ser interrompidos devido a mudança de rotina da família, como por exemplo o retorno das atividades presenciais no

SUMÁRIO



trabalho e nas escolas ou quando um membro desempregado consegue um emprego. Isso requer flexibilidade e atenção dos profissionais de saúde, de modo que estes se adaptem às rotinas dos usuários para uma melhor prestação de serviço de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos sobre a atenção domiciliar na APS. Encontramos 21 artigos que discutem que entrar na casa de uma pessoa é entrar em uma dimensão mais próxima de sua vida psicossocial. Nesta área, são apresentados aspectos importantes da estruturação de objetos com diferentes cargas emocionais. A relação com a casa e a forma como ela é ocupada e organizada, os cômodos, os objetos e posses que a compõem são todos elementos que garantem uma certa modalidade de subjetivação.

Assim, as visitas domiciliares podem ser bastante invasivas, dependendo dos métodos estabelecidos. Nessa direção, investir no uso da tecnologia é o ponto de partida para conectar as ações: interação, confiança e esperança entre paciente e equipe multidisciplinar. Consequentemente, é fundamental que a visita domiciliar seja precedida da definição dos objetivos e da determinação de quem e como se relacionar com os moradores do domicílio de acordo com cada território, comunidade, local de residência, família e contexto subjetivo.

Cabe, portanto, avaliar a melhor estratégia de abordagem, escura, compartilhamento e intervenção neste momento do processo de cuidar. Ignorar aspectos subjetivos e sociais pode levar ao risco de ação contrária à que se objetiva na AD. Nesse sentido, mais importante do que entrar na casa de um sujeito é garantir o acesso dessa família

SUMÁRIO



ao sistema de saúde, edificando pactos de cumplicidade e respeito. A AD é fundamental para diminuir os possíveis efeitos danosos e melhorar a formação de vínculos. A equipe multidisciplinar atua como mediadores das relações reais das famílias e o vínculo que criam na atenção domiciliar é fundamental para potencializar os efeitos desse processo.

De maneira geral, observamos que os benefícios da AD envolvem um acompanhamento e promoção de saúde que extrapola os muros das unidades tradicionais de saúde, estendo o SUS para a comunidade e para as famílias, respeitando suas particularidades. Os principais desafios da AD envolvem a precarização do trabalho em saúde advindo dos diversos cortes de investimento no SUS, o que fragiliza a formação, atuação e manutenção dos serviços prestados.

Como limitações do estudo, não abordamos a atuação individualizada dos diversos profissionais de saúde da ESF, destacamos apenas alguns profissionais como o da enfermagem e da psicologia, como relatados na literatura, dessa maneira, sugerimos pesquisas que abordam em profundidade o papel de cada profissional da ESF na AD.

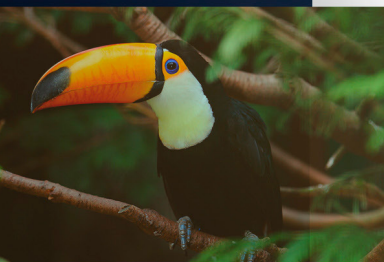
REFERÊNCIAS

ACIOLI S.; ALVES, L. V. V. Saberes científicos e populares de enfermeiros e usuários na visita domiciliar. **Revista Cubana de Enfermería**. Havana, v. 36, n. 3, p.e3462, 2020.

ANDRADE, A. M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, 2014.

ARAÚJO, C. M. R.; SILVA, J. P. Visita Domiciliar e Saúde Mental: um relato de experiência. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v. 9, n. 4, p. 495-505, 2020.

SUMÁRIO



ASSIS A. S.; SILVA, C. R. C. Agente comunitário de saúde e o idoso: visita domiciliar e práticas de cuidado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p.e280308, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMES C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n. 1, p.213-23, 2004.

BRASIL. **Caderno de atenção domiciliar - v. 1**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, D. J. S. *et al.* Visita domiciliar para promoção da saúde e prevenção de agravos respiratórios em lactentes: contribuições da equipe da Estratégia Saúde da Família. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v.3, n.4, p. 832 – 852, 2020.

CORREIA, E. T. *et al.* Assistência a recém-nascidos de alto risco: do hospital ao domicílio. **Revista Rene**. Fortaleza, v. 20, n.1, p. e40191, 2019.

DA SILVA, P. N. *et al.* Visitas domiciliares e diagramação familiar na Atenção Primária à Saúde: reflexões de estudantes participantes do PET Saúde Interprofissionalidade. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 24, n.3, p. 571-81 2021.

DIAS, A. P. M.; VIEIRA, E. F.; GOMES, E. R. Declaração de óbito domiciliar na Atenção Primária à Saúde: acolhendo a morte no lar. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.24, p. e190873, 2020.

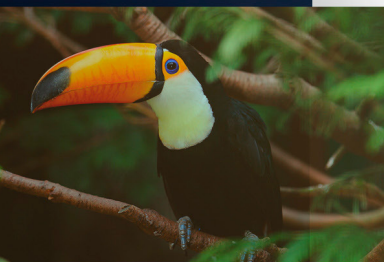
DIAS, J. J. *et al.* Visita domiciliar como ferramenta de promoção da saúde do pé diabético amputado. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, 11(Supl. 12), p. 5464-70, 2017.

EVANS, D.; Pearson, A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **Journal of Clinical Nursing**, Oxford, v. 10, n.5, p.593-599, 2001.

FACO, V. M. G.; MELCHIORI, L. E. Conceito de família: adolescentes de zonas rural e urbana. *In*: VALLE, T. G. M. (Org). **Aprendizagem e desenvolvimento humano: avaliações e intervenções**. São Paulo: Cultura Acadêmica, pp. 121-135, 2009.

FERNANDES, C. L. C; CURRA, L. C. D. **Ferramentas de Abordagem Familiar**. Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2006.

SUMÁRIO



GOULART, E. P. *et al.* Visita domiciliar pela Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades no contexto da violência urbana no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**, Brasília, v. 16, n.43, p. 2651, 2021.

LIMA, C. S.; de ARAÚJO, T. C. V. A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. **Revista Ciência Plural**, Natal, v. 7, n. 3, p. 290-307, 2021.

LIMA, M. *et. al.* Visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde: contribuições para a formação em Psicologia. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, Salvador, v.10, n.3, p.442-454, 2021.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, nesp.1, p.18-37, 2018.

MARQUES, F. P.; BULGARELLI, A. F. Avaliação da Visita Domiciliar em Programas na Primeira Infância: Contribuições para a realidade Brasileira, **Ciência e Cuidado em Saúde**. Maringá, v. 20, p. e55613, 2021.

MARQUES, F. P.; BULGARELLI, A. F. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 2063-2072, 2020.

MENDES, A. O.; OLIVEIRA, F. A. Visitas domiciliares pela equipe de Saúde da Família: reflexões para um olhar ampliado do profissional. **Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade**. Brasília, v.2, n. 8, p. 253-60, 2007.

NUNES, C. A. *et al.* Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 2, p. 127-144, 2018.

OLIVEIRA, G. C. P; *et al.* A visita domiciliar ao recém-nascido. **Revista de enfermagem da UFPE**, Recife, v. 14, p. e243631 2020.

SANTANA, V. C.; BURLANDY, L.; MATTOS, R. A. A casa como espaço do cuidado: as práticas em saúde de Agentes Comunitários de Saúde em Montes Claros (MG). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. 120, P. 159-169, 2019.

SANTOS, G. S.; CUNHA, I. C. K.O. Visita domiciliar a idosos: características e fatores associados. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**. Divinópolis, v.7, p. e1271, 2017.

SUMÁRIO



SAVASSI, L. C. M.; *et al.* Recomendações para a Atenção Domiciliar em período de pandemia por COVID-19: Recomendações conjuntas do GT Atenção Domiciliar SBMFC e da ABRASA. *Revista Brasileira de Medicina da Família e da Comunidade*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, p. 2611, 2020.

SILVA, C. D. *et al.* Potencialidades e limitações da visita domiciliar realizada por estudantes de medicina na disciplina de Saúde da Família e Comunidade. **Revista Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 22, n.3, p. 712-725, 2019.

SIQUEIRA, L. D.'E, *et. al.* Estratégias de avaliação da visita domiciliar: uma revisão de escopo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.32, n.5.p. 584-91, 2019.

SOARES, A. R. *et al.* Tempo ideal para a realização da visita domiciliar ao recém-nascido: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 331-33-20, 2019.

WAGNER, H. L. Trabalhando com famílias em saúde da família. **Revista de APS**, Juiz de. Fora, v. 6, n. 8, p. 10-14, 2001.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 52 n. 5, p. 546– 553, 2005.

18

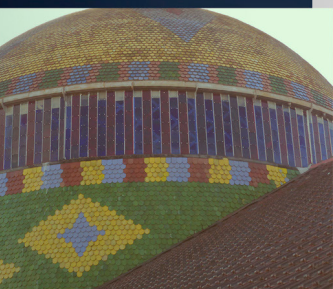
Anderson Tiago de Freitas Noronha

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE NO DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO DAS COMUNIDADES

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.18](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.18)

SUMÁRIO

**Resumo:**

A Gestão Pública em Saúde se trata de um conjunto de estratégias elaboradas visando a promoção de ações qualitativas e quantitativas na atenção à saúde oferecida à população. O estudo objetivou enriquecer o conhecimento dos gestores através do desenvolvimento econômico da saúde nas comunidades. Para isso foi realizada uma revisão integrativa da literatura com base na pergunta norteadora: Como a gestão em saúde pode ser eficiente na aplicação de recursos para a saúde nas comunidades, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos? Em seguida foi realizada uma pesquisa por artigos nas bases de dados SCIELO, LILACS e BVS, no mês de junho de 2022, sendo encontrados 3.459 artigos, utilizando os seguintes descritores: Gestão em Saúde, Eficiência e Saúde Pública, devidamente cadastrados no DeCS, empregando o operador booleano AND. Foram utilizados como critério de inclusão: artigos completos e disponíveis na íntegra; em português; publicados no período de 2018 a 2022 e que alcançaram o objetivo proposto, após leitura completa, sendo selecionados 4 artigos para compor o estudo. O estudo revelou a grande necessidade de haver um avanço na eficiência da gestão dos serviços públicos de saúde, através da utilização otimizada dos recursos financeiros para a entrega de serviços essenciais e satisfatórios a população. Para isso, é necessário que o gestor realize ações de investimentos em tecnologias, relatórios fidedignos e confiáveis, capacitação contínua da equipe multiprofissional e otimização dos serviços prestados.

Palavras-Chave: Gestão; Comunidade; Iranduba; Aplicação; Recursos.

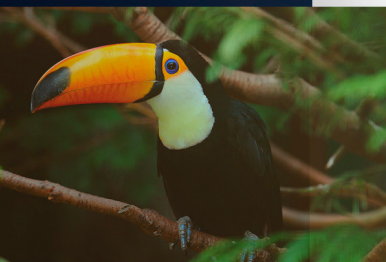
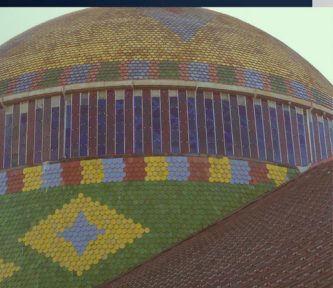
INTRODUÇÃO

A Gestão Pública em Saúde se trata de um conjunto que envolve diversas estratégias organizadas pelo estado. Estas estratégias são elaboradas visando a promoção de ações qualitativas e quantitativas na atenção à saúde oferecida à população. Nesse sentido, torna-se necessário elaborar instrumentos que contribuam para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios (LEPCHAK *et al.*, 2021).

O processo de elaboração dos instrumentos de gestão apresenta alguns aspectos que devem ser elaborados através de seis estruturas: articulação entre os diversos instrumentos, suas etapas de tramitação e seus respectivos níveis de responsabilidade; vinculação com o processo de elaboração da proposta orçamentária em cada nível de governo de modo que as ações planejadas sejam inseridas nas respectivas leis orçamentárias e planos plurianuais; definição precisa das instâncias, dos fluxos, dos prazos e das responsabilidades em cada etapa e em cada nível do processo; circulação das informações entre as três esferas de gestão do SUS e correspondentes conselhos e comissões intergestores; ênfase na abordagem estratégica, fundada em compromissos e em acordos com relação a metas e a prioridades entre os diferentes gestores; e padronização de instrumentos sem comprometimento das nuances da realidade local, com flexibilidade para inclusão de indicadores e metas adequados à mesma (CONASS, 2003).

A gestão no âmbito da saúde exige uma desenvoltura para lidar com os problemas de alta complexidade diariamente, assim como a adoção de medidas de alta relevância social. Dessa maneira, a informação deve ser tomada como um redutor de incertezas e possibilitar um planejamento mais próximo das necessidades de saúde para atingir uma situação futura desejada (GARCIA *et al.*, 2016).

SUMÁRIO



SUMÁRIO



A gestão pública tem como finalidade central a utilização dos recursos públicos em prol do desenvolvimento socioeconômico, elevação do desenvolvimento humano, e a melhoria do bem-estar social. A aplicação desses recursos deve ser otimizada, sobretudo por via de regra serem usualmente restritos (COSTA; BUENO, 2008). A aplicação dos recursos públicos no desenvolvimento socioeconômico, tem trazido grandes desafios aos gestores públicos, grande parte provém do desafio de inserir materiais e serviços dentro de um ambiente rural (CORTÉS *et al.*, 2021).

Dificuldades essas vivenciadas principalmente no momento de pandemia de Covid-19, no qual podemos verificar o quão precária é a saúde dos municípios brasileiros, em especial os da região norte do Brasil, onde possuem um déficit de pessoal e material, além das grandes distâncias a serem percorridas, principalmente por modal fluvial, o que produz deficiências presentes na rede de saúde, com falta de medicamentos, pacientes sofrendo sem oxigênio, e falta de ambulância para promover a locomoção dos pacientes, demonstrando como a falta de gestão dos recursos destinados à saúde, piorando significativamente o estado de saúde e bem-estar de uma comunidade (CORTÉS *et al.*, 2021).

Visto isso, o presente artigo teve como finalidade, auxiliar aos gestores que atuam na saúde pública, a desenvolverem práticas de governança e aplicação de recursos da união, bem como demonstrar e identificar más práticas ocorridas na administração pública, estas ações servirão para o bom desempenho da gestão pública nas comunidades. O estudo foi baseado na seguinte questão norteadora: Como uma gestão em saúde eficiente na aplicação de recursos para a saúde nas comunidades, melhora a qualidade de vida dos indivíduos?

Dessa forma, o presente artigo surge com a finalidade de enriquecer o conhecimento dos gestores através do desenvolvimento econômico da saúde nas comunidades, tendo como foco a distribuição

SUMÁRIO



correta das verbas destinadas para a população, melhorando a qualidade de vida local. No qual, foram abordados os princípios da administração pública, que quando aplicados corretamente podem contribuir para o desenvolvimento econômico da saúde.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que segundo Sousa *et al.* (2016) a revisão deve ser desenvolvida com base nas seis fases do processo de elaboração: delimitação da pergunta norteadora; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão; busca nas bases de dados; análise e interpretação dos resultados; análise crítica com discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa.

Desta forma, a revisão foi baseada na seguinte pergunta norteadora: Como a gestão em saúde pode ser eficiente na aplicação de recursos para a saúde nas comunidades, melhorando a qualidade de vida dos indivíduos? A coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2022, utilizando-se as bases de dados: *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Biblioteca Virtual em Saúde* (BVS), sendo empregados apenas descritores devidamente cadastrados nos *Descritores em Ciências da Saúde* (DeCS): Gestão em Saúde, Eficiência e Saúde Pública, empregando o operador booleano *AND*, conforme representado na Tabela 01.

SUMÁRIO



Tabela 01 – Descrição das bases de dados utilizadas na busca dos artigos, descritores e os números de artigos encontrados após a realização da busca

BASE DE DADOS	DESCRIPTORES	Nº DE ARTIGOS
SCIELO	Gestão em Saúde and Eficiência and Saúde Pública	52
LILACS	Gestão em Saúde and Eficiência and Saúde Pública	342
BVS	Gestão em Saúde and Eficiência and Saúde Pública	3.065

Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Foram selecionados artigos completos, disponíveis na íntegra; disponíveis na língua vernácula, publicados nos últimos cinco anos e que abordaram a temática em estudo. Foram excluídos do estudo os artigos que tratavam de outros tipos de gestão administrativa e aqueles que não retratavam o papel da gestão nos serviços de saúde. Em seguida, a busca pelos artigos científicos ocorreu de forma que se adequassem aos critérios de inclusão nas bases de dados SCIELO, LILACS e BVS utilizando os seguintes descritores: Gestão em Saúde and Eficiência and Saúde Pública, sendo obtidos 16 artigos no SCIELO, o qual foi aplicado no estudo apenas 1.

Na LILACS foram encontrados 27 artigos, sendo utilizado apenas 1 para compor o estudo, visto que os demais não foram utilizados pois estavam em duplicata com a base de dados BVS. Já na BVS foram encontrados 48 artigos, dos quais 2 foram empregados no estudo, visto que foram utilizados apenas artigos, sendo excluídos as teses e os trabalhos incompletos.

Após a aplicação dos filtros de busca nas bases de dados, os artigos utilizados no estudo passaram por uma seleção que inicialmente avaliou o título dos artigos, em seguida, naqueles que satisfizeram esse quesito foi feita uma leitura dos resumos e os que continham as informações relevantes para o estudo foi realizada uma leitura completa dos artigos para posteriormente compor a revisão.

SUMÁRIO



Vale ressaltar que ao final foram encontrados 3.459 artigos, sendo excluídos 3.368 e 72 artigos por não estarem relacionados aos filtros estabelecidos nos critérios de inclusão e títulos que não compreendiam o objetivo do estudo, respectivamente. Após a realização da análise desses critérios restaram apenas 19 artigos para uma avaliação mais detalhada, e após realização de leitura completa foram excluídos 15 artigos restando apenas 4 para compor o estudo de revisão literária: Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano (CONASEMS, 2021); Eficiência técnica na aplicação de recursos públicos na área da saúde dos municípios do sudoeste do Estado do paraná. Gestão e Desenvolvimento em Revista (PASCOTTO *et al.*, 2018); Gestão eficiente na saúde pública brasileira (DERMINDO, 2019); Financiamento e gestão: a eficiência técnica dos municípios catarinenses de pequeno porte nos gastos públicos com saúde. Ciência & Saúde Coletiva (MAZON *et al.*, 2021).

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A aplica o dos princípios da administra o pública na gestão em saúde, procura tornar eficiente a utiliza o de recursos públicos, em consonância entre os princípios do SUS, administra o pública, e lei geral das licita es. Com o objetivo de apresentar a correla o entre a utiliza o eficiente dos recursos e o desenvolvimento socioeconômico das popula es das comunidades (CONASEMS, 2021).

O desenvolvimento socioeconômico do país, enfrenta além da realidade adversa dessa região continental (logística, meios de comunica o de alta velocidade, telefonia móvel e grandes distâncias), defronta-se com a aplica o, desvios de finalidade e corrup o dos recursos destinados   saúde, afetando diretamente a vida da popula o

SUMÁRIO



nas comunidades e locais cobertas pelo SUS, dificultando o acesso a saúde de qualidade (CONASEMS, 2021).

Gonçalves *et al.* (2013) referem importância da elaboração sistemática dos planos e da promoção da participação ativa Conselho Municipal de Saúde objetivando concretizar o controle social das ações de saúde que uma das alternativas, a fim de prevenir as ingerências citadas, é a criação dos conselhos de saúde que visam o controle, fiscalização dos recursos financeiros, e democratização das políticas públicas de saúde, com o intuito de controlar o recurso público com a finalidade de se reduzir a corrupção.

Por se tratar de uma prática de ações administrativas, a gestão em saúde busca o aprimoramento do funcionamento das organizações através de ações totalmente eficazes, eficientes e efetivas para que o serviço de saúde encontre o seu objetivo, por meio de um aprimoramento dos recursos disponíveis. Diante das crises financeiras e sociais enfrentadas pelos estados em conjunto com as transições tecnológicas, demográficas e epidemiológicas que acabam pressionando os orçamentos e governos na tentativa de aumentar a satisfação e eficiência do usuário, buscando novas estratégias de cobertura (DERMINDO, 2019).

Dessa forma, desenvolver estratégias de eficiência na gestão é indispensável para que não haja a falta de medicações, tratamentos e insumos por falta de recursos, além de evitar os desperdícios com exames e materiais. Dessa forma, quando existem falhas no serviço de saúde outros setores também são socialmente prejudicados, uma vez que os cuidados insuficientes acabam reduzindo a luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ZUBYK *et al.*, 2019).

Frente a escassez de recursos voltados para investimentos a gestão eficiente deve maximizar os resultados com uma proporção dos recursos e até mesmo minimizar os recursos necessário para que se alcance tal feito de maneira eficaz. Dessa forma, a utilização

SUMÁRIO



de serviços e tecnologias para a organização das informações e controle dos custos são ações essenciais para uma tomada de decisão satisfatória do gestor. Além disso, o processo de descentralização e a criação de laboratórios e hospitais acabam levando a um processo de eficiência, tendo em vista que diversos serviços possuem uma qualidade relacionada a base significativamente quantitativa (PASCOTTO; COMUNELLO; CERETTA, 2018).

Santos e Rover (2019) ainda afirmam que seguir apenas uma linha para análise de avaliação econômica e comparadores de indicadores, não garantem uma gestão totalmente eficiente, uma vez que essa se dá através da valorização de diversos fatores relacionados ao fortalecimento da rede por meio da utilização eficiente das novas tecnologias.

A grande maioria dos municípios ainda possuem baixos percentuais de eficiência durante a produção dos resultados em saúde. Para que haja esse avanço tanto em eficácia como em eficiência, se faz necessário uma estrutura adequada de planejamentos tanto para municípios pequenos quanto para municípios de médio porte, tendo em vista o grande quantitativo na falta de profissionais qualificados, estrutura administrativa e materiais apropriados para o trabalho. Visto isso, a eficiência relacionada aos resultados nem sempre é tão expressiva como a eficiência relacionada aos serviços (MAZON; FREITAS; COLUSSI, 2021).

Uma das estratégias mais viável é a utilização dos espaços de diálogos e cooperação, já presente entre os municípios, como exemplo o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS), no qual o seu objetivo utiliza a troca de experiências, proposição de estado, informações e soluções aos principais problemas relacionados aos serviços de saúde, considerando um dos indivíduos indispensáveis na governança das regiões de saúde (MAZON; FREITAS; COLUSSI, 2021).

SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou a grande necessidade de haver um avanço na eficiência da gestão dos serviços públicos de saúde, através da utilização otimizada dos recursos financeiros para a entrega de serviços essenciais e satisfatórios à população. Desta forma, a aplicação dos recursos devem ser muito bem empregadas para que se tenham bons retornos no que se refere ao bem estar da saúde da população.

Principalmente diante do quadro de dificuldades vivenciadas no momento de pandemia do Covid-19, no qual podemos verificar o quão precária é a saúde dos municípios brasileiros, em especial os da região norte do Brasil, onde possuem um déficit de pessoal e material, além das grandes distâncias a serem percorridas, principalmente por modal fluvial, o que produz deficiências presentes na rede de saúde, com falta de medicamentos, pacientes sofrendo sem oxigênio, e falta de ambulância para promover a locomoção dos pacientes, demonstrando como a falta de gestão dos recursos destinados à saúde, piorando significativamente o estado de saúde e o bem-estar de uma comunidade como bem retrata Cortes (2021).

Através do trabalho exposto ampliou-se a compreensão sobre a gestão pública que tem como finalidade central a utilização dos recursos públicos em prol do desenvolvimento socioeconômico, elevação do desenvolvimento humano, e a melhoria do bem-estar social alcançando assim seu objetivo.

Enfim, trouxe uma abordagem rica e inovadora para o deleite dos gestores da saúde, enfatizando que a administração de recursos é possível se o gestor de fato se comprometer com seu trabalho de forma digna, aplicando seus conhecimentos e trabalhando com eficiência para que se tenha uma distribuição correta dos recursos públicos. Para isso, é necessário que o gestor realize ações de investimentos em

tecnologias, relatórios fidedignos e confiáveis, capacitação contínua da equipe multiprofissional e otimização dos serviços prestados.

REFERÊNCIAS

BRASIL, **Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde**, 2011. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.

CONASEMS. Manual do(a) gestor(a) Municipal do SUS - diálogos no cotidiano 2. edição digital - revisada e ampliada, 2021.

CONASS, Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. - Brasília, 2003. P. 80.

COSTA, C. E. E. L.; BUENO, R. L. S. **Economia do setor público**. São Paulo: FGV, 2008.

CONASEMS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Regionalização da Saúde**. CONASEMS, 2019.

CONASS, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para Entender a Gestão do SUS**. CONASS, 2003.

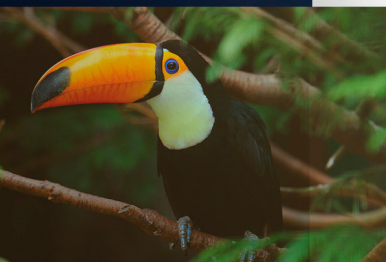
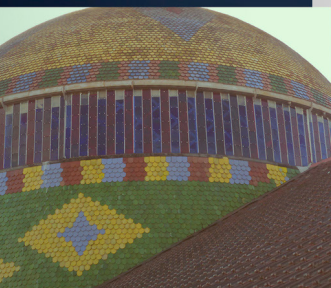
DERMINDO, M. P. Gestão eficiente na saúde pública brasileira. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 11, 2019.

FLIRK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Penso Editora, 2013.

GARCIA, P. T.; REIS, R. S. **Gestão pública em saúde: sistemas de informação de apoio à gestão em saúde**. São Luís, 2016.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; SILVA, C. O. Regionalização em Saúde no Amazonas: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1225-1234, 2017.

SUMÁRIO



19

Amanda Batista de Castro

Jerfeson Nepumuceno Caldas

GERENCIAMENTO DO CONTROLE DE ESTOQUE DE MEDICAMENTOS NA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE URUCURITUBA:

relato de experiência

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.19](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.19)

SUMÁRIO

**Resumo:**

A prática de uma logística adequada é fundamental para serviços públicos, perante os recursos insuficientes em saúde pública é cada vez mais indispensável aperfeiçoar a logística dos medicamentos em seus setores. O presente artigo tem lócus a competência gerencial de medicamentos na secretaria de saúde no município de Urucurituba, onde busca uma melhor compreensão de como é feito o controle de estoque de medicamentos e como isso pode contribuir para que não haja a falta de medicamentos para atender seus usuários de modo eficaz. A imprevisão e a falta de controle gerencial são umas causas de ineficiência dos serviços públicos, sendo necessário adquirir táticas para aquilatar o gerenciamento e abater os desperdícios de medicamentos. A carência de controle de estoque está integrada com as faltas e os desperdícios de medicação. Este estudo tem como principal objetivo investigar as formas de gerenciamento do controle de estoque de medicamentos utilizados pela secretaria de saúde. Analisando o controle de reposição de medicamentos por meio de Relato de Experiência dos servidores, caracterizando as principais dificuldades encontradas pela secretaria de saúde na conservação dos medicamentos, avaliando a percepção em si a responsabilidade quanto a gestão e gerenciamento de medicamentos, desta forma, com o conhecimento logístico adquirido propor melhorias para gerenciar com eficiência o controle de estoque destes medicamentos para garantir uma melhor qualidade na conservação dos medicamentos, para que não haja falta e nem prejudique a eficiência do controle de estoque conseguindo alcançar seus objetivos. Compactuando de forma organizada e planejada envolvendo assim todos como responsáveis em suas respectivas responsabilidades dentro deste setor público

Palavras-Chave: Gerenciamento; Gestão de Estoque; Medicamentos; Secretaria de Saúde.

SUMÁRIO

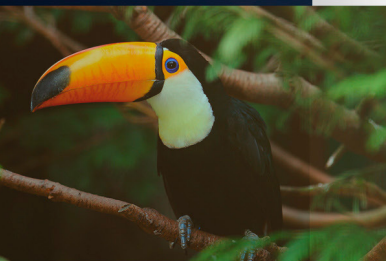
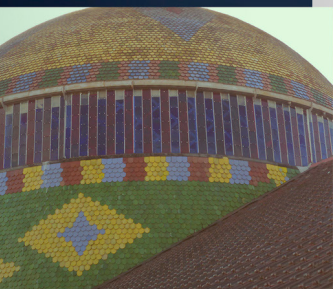
INTRODUÇÃO

A área de inovação em tecnologia e dentre outras passou por uma transformação elevada nos últimos anos em pontos positivos, e, nos dias de hoje, o profissional tem de se atualizar para acompanhar o lançamento de milhares de inovação diariamente. Na área da saúde, o uso da informação deve estar ligado com a necessidade de velocidade e objetivo no trabalho, sendo assim facilitando a vida do profissional da saúde, assim como na parte administrativa, gerenciamento de relatórios, cadastro de clientes e medicamentos, dentre várias outras funcionalidades que tornam mais fáceis a vida e o trabalho das pessoas que se utilizam da informatização nesse meio.

As diferentes formas de gerenciamento do controle de estoque de medicamentos utilizados pelas secretarias de saúde constituem ferramentas de análise da realidade e de proposição de políticas públicas que elevem a eficiência da aplicabilidade dos recursos públicos. Analisando o controle de reposição de medicamentos, caracterizando as principais dificuldades encontradas pela secretaria de saúde na conservação dos medicamentos e avaliando a percepção em si a responsabilidade quanto a gestão e gerenciamento de medicamentos.

Desta forma, com o conhecimento logístico adquirido propor melhorias para gerenciar com eficiência o controle de estoque destes medicamentos para garantir uma melhor qualidade na conservação dos medicamentos, para que não haja falta e prejudique a eficiência do controle de estoque e consiga alcançar seus objetivos.

Informações sobre gerenciamento da cadeia de suprimentos, gestão do controle de estoque e informações gerais sobre a aplicação destes na secretaria de saúde dos municípios são de fundamental relevância na gestão pública.



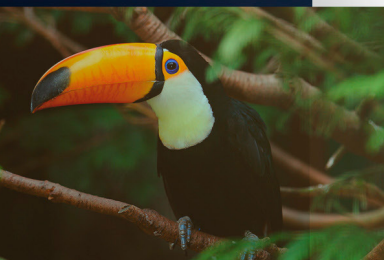
SUMÁRIO

Portanto, sabemos que todos os medicamentos sejam eles naturais, artificiais ou manipulados passam por alterações com o tempo sob a ação de diversos fatores ambientais, como também tem seu tempo de validade e alguns precisam de atenção especial como a temperatura, luz, umidade e demais cuidados.

Apesar de um sistema de saúde preocupado mais com produções em dia do que um serviço de qualidade, observamos a dependência de medicamentos bons na área da saúde pública, isso não acontece nos momentos que os usuários mais precisam, a eficiência do controle de estoque é totalmente indispensável para o negócio permanece-se em competição cumprindo devidamente seus deveres, aliás, é essencial que não haja falta de produtos armazenados como também não comprando mercadorias supérfluas.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo investigar as formas de gerenciamento do controle de estoque de medicamentos utilizados pela Secretaria de Saúde. Para alcançar este objetivo, tem-se especificamente: (1) Analisar o controle de reposição de medicamentos; (2) Caracterizar as principais dificuldades encontradas pela secretaria na conservação dos medicamentos; e (3) Avaliar a percepção em si a responsabilidade quanto a gestão e gerenciamento de medicamentos.

Esse estudo se justifica em virtude de uma forma para reforçar a estratégia adotada e incentivar os profissionais da secretaria em relação ao gerenciamento de estoque de medicamentos, adotado pelo município a capacitação/conhecimento dos demais funcionários como também aprimorar o profissionalismo dos funcionários e empatia dos mesmos pelo próximo. As demandas poderiam ser mais completas e objetivas, com orientações bem claras e com maior acolhimento. Como sabemos que em todo setor envolvendo a área da saúde e demais locais é obrigatório por lei as prioridades, como por exemplo as grávidas, idosos e os deficientes físicos e mentais e dentre outros, todos em si requerem um atendimento especial, porém esse tipo de obstáculos ainda é encontrado nas secretarias de saúde em relação aos remédios.



SUMÁRIO



A demora da entrega dos remédios por falta de conhecimento em algumas ocasiões acaba gerando um desgaste nos usuários. Tendo em vista todas as dificuldades enfrentadas é preciso explicar à equipe de profissionais sobre a importância da conscientização e do cuidado com o público-alvo, tudo isso deve ser explicado na qual vem aprimorar ainda mais para que os profissionais de saúde da rede pública possam realizar acompanhamento dos casos da população e buscando uma melhor forma de atender a todos com bastante atenção.

Através disso obteremos resultados de trabalhos e reconhecimentos do público em geral sobre a melhoria no gerenciamento do controle de estoque de medicamentos no setor. Portanto, esta categoria de estudo permite aos gestores alocar melhor recursos e adotar melhores mecanismos de controle para melhoria da gestão pública na área da saúde.

REVISÃO TEÓRICA

Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos

A cadeia de suprimentos é como um processo integrado, em que a matéria-prima é transformada no produto que é então entregue aos clientes. O gerenciamento da cadeia de suprimentos ou conhecido na área da Administração como *supply chain management*, revolucionou a forma de comprar como também a produção e a distribuição de bens e serviços. Em virtude dos sistemas cada vez mais complexos e do crescimento incessante da tecnologia de informação e de gerenciamento, a cadeia de suprimentos continuará revolucionando áreas como a administração de materiais, marketing, vendas e produção, sendo responsável, por exemplo, pelo aumento da satisfação de clientes e redução do tempo de estocagem e número de fornecedores (MARTINS; ALT, 2009).

SUMÁRIO



O conceito de SCM segundo Bertaglia (2009) é categorizado como um conjunto de procedimentos necessários para aquisição de materiais, com agregação do valor relacionado a opinião dos clientes, usuários e consumidores, o que permite disponibilizar produtos e serviços para o período temporal e localidade que os usuários e consumidores necessitem.

É uma atividade que está ligada aos métodos que geram produtos, serviços, informações, agregando valor aos clientes e as demais partes interessadas visto que:

A logística/ cadeia de suprimentos é um conjunto de atividades funcionais (transportes, controle de estoques, etc.) que se repetem inúmeras vezes ao longo do canal pelo qual matérias primas vão sendo convertidas em produtos acabados, aos quais se agrega valor ao consumidor (BALLOU, 2006, p. 29).

Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos consiste em aprimorar e desenvolver todas as atividades relacionadas com o fluxo e transformação de produtos e serviços associados, desde a obtenção de matérias-primas até a chegada do produto ao usuário final, bem como os fluxos de informação relacionados e a geração de valor para todos os componentes da cadeia.

Com a mesma opinião o autor destaca que:

A cadeia de suprimentos abrange todas as atividades relacionadas com o fluxo e transformação de mercadorias desde o estágio da matéria-prima (extração) até o usuário final, bem como os respectivos fluxos de informação. Materiais e informações fluem tanto para baixo quanto para cima na cadeia de suprimento (BALLOU, 2006, p. 28).

A Cadeia de Suprimento está determinada como o período de vida dos produtos e seus procedimentos, que entendem os fluxos físicos, comunicativos, financeiros e de competência, do qual a sua meta é cumprir as exigências do consumidor final com produtos e negócios de diversos fornecedores relacionados com o menor custo:

SUMÁRIO



O gerenciamento da cadeia de suprimentos é definido como a coordenação estratégica sistemática das tradicionais funções de negócios e das táticas ao longo dessas funções de negócios no âmbito de uma determinada empresa e ao longo dos negócios no âmbito na cadeia de suprimentos, com o objetivo de aperfeiçoar o desempenho ao longo do prazo das empresas isoladamente e da cadeia de suprimento como um todo (BALLOU, 2006 p. 28).

Para Pozo (2004, p.29) o objetivo básico na SCM é maximizar os custos e tornar realidade as potências entre as partes da cadeia produtiva, de forma a atender ao consumidor final mais eficientemente através da redução de custo. No entanto, Martins e Alt (2009) define com a seguinte contribuição, que os objetivos do *Supply Chain* (SC) é trazer satisfação de forma imediata ao cliente e usuário, obtendo diferencial perante a concorrência, reduzir os custos com uso de menos capital de giro e reduzindo o desperdício de modo a evitar as atividades que não tenham agregação de valor ao produto ou bem, como por exemplo, em transporte, controles, armazenamentos e esperas.

O intuito do *Supply Chain* é a rápida satisfação do cliente, gerando uma diferença com a concorrência e minimizando os custos financeiros, pela utilização de menos capital de giro, e os custos operacionais subtraindo desperdícios e impedindo ao máximo de atividades que não agregam valor ao produto assim como esperadas de armazenamento, transportes e controles. (MARTINS; ALT, 2009).

É essencial ressaltar que na ala do *Supply Chain* a administração de obtenção e suprimento é aprovada para o cargo que trabalha com a conexão de operação com os mercados de suprimentos:

O gerenciamento da cadeia de suprimentos, ou Supply Chain management, nada mais é do que administrar o sistema de logística integrada da empresa, ou seja, o uso de tecnologias avançadas, entre elas gerenciamento de informações e pesquisa operacional, para planejar e controlar uma complexa rede de fatores visando produzir e distribuir produtos e serviços para satisfazer o cliente (MARTINS; ALT 2009, p. 377-378).

SUMÁRIO



A cadeia de suprimentos é de fundamental importância, pois além de uma melhor atividade de compra, armazenamento, transporte e distribuição, ela também possibilita uma melhor integração e gestão destas atividades, buscando não somente compra, mas também a satisfação do cliente. Segundo Martins e Alt (2009, p.385), é essencial o estabelecimento de relacionamento constante entre cliente/usuário e o fornecedor, não somente nos processos de compras programadas ou esporádicas, mas também no desenvolvimento de produtos e serviços.

O SCM é uma maneira de administrar meios desenvolvidos para conseguir aquisição, a movimentação, e armazenagem de materiais auxiliando seus fluxos de informações através da organização e seus canais, de maneira a conseguir superestimar os lucros presentes e futuro mediano ao atendimento dos pedidos a baixo custo e agrado do cliente. Um gerenciamento excelente da cadeia logística requer um conhecimento mais inteligente do fornecedor, como fazem os produtos progressistas que encaram os custos dos fornecedores como seus próprios, envolvendo vantagem competitiva.

Segundo Pozo (2004, p. 29) a *Supply Chain Management* (Gestão da Cadeia de Suprimentos) representa uma forma inovadora para as instituições que possuam interesse na aquisição de vantagens competitivas. O gerenciamento da cadeia de suprimentos é resultado da integração dessas ações, por meio de relacionamentos melhorados na cadeia de suprimentos, com a visão de obter, ao mesmo tempo, uma vantagem competitiva e sustentável (Para (BALLOU, 2006, p. 28).

Conforme Pozo (2004, p. 29) a "*Supply Chain Management*" traz uma relevante alteração no desenvolvimento de como se dá a competição no mercado. A importância do SCM é permitir avaliar pontos fracos e pontos fortes na cadeia de fornecimento, auxiliando na tomada de decisão que resulta na redução de custos, aumentando a qualidade, ampliando a competitividade do produto, criando valor agregado e buscando diferenciação em relação aos concorrentes.

SUMÁRIO



Gestão de Estoque

O gerenciamento de estoque admite reconhecer e seguir, completar e entregar a mercadoria da forma mais precisa com a maior frequência podendo enxergar e acompanhar a localização, a condição e a quantidade de todos os itens finalizados, matéria-prima em sua operação de armazenagem.

De acordo com Martins e Alt (2009, p. 198) a administração de estoques é caracterizada por uma série de atividades que permitem ao gestor checar se os estoques estão bem localizados, se estão sendo adequadamente utilizados, bem controlados e com bom manuseio. Já para Pozo (2004, p. 43-44), a necessidade de realizar a manutenção de estoques está associado com a previsibilidade da sua utilização em um cenário futuro, que embora seja quase impossível conhecer o que será demandado, é fundamental ter um determinado nível de estoque, assegurando deste modo a disponibilidade dos bens ou produtos e como forma de reduzir os custos de produção, movimentação e de estoque.

Conforme dito pelo autor, estoque tem definição por tudo que necessita ser armazenado ou estocado em locais determinados de uma organização, sendo assim completa a rotatividade da organização, com rapidez e eficácia. Para Arnould (2014, p. 247) por sua vez, os estoques são insumos e suprimentos que uma determinada instituição deve manter, de modo que sejam realizadas as operações de venda ou para fornecimento de insumos para o processo produtivo, sendo frequentemente, que tais estoques façam parte dos ativos totais da instituição.

Segundo Dias (2009) conhecer o estoque de uma empresa é um grande desafio, porém, a dificuldade não está em reduzir a quantidade dos produtos estocados, nem diminuir os custos. A dificuldade está em obter a quantidade correta de mercadoria estocada para atender as prioridades gerenciais de modo eficaz.

SUMÁRIO



De acordo com Ballou (2006, p. 271) estoques é a acumulação de suprimentos, insumos, matérias-primas, materiais em processamento ou produtos já acabados que são armazenados em diversos pontos da logística das instituições.

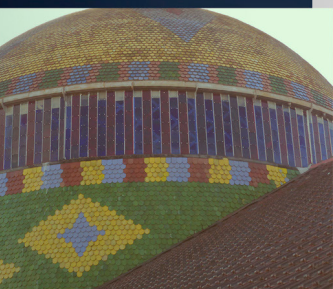
O gerenciamento de estoque tem como finalidade, a facilitação do uso diário, disponibilizando a informação importante para cada repartição e suas verdadeiras necessidades dos produtos. Conforme Ballou (2006, p. 272) “os estoques são seguidamente usados em muitos pontos de o canal para reduzir o impacto desta inconstância e, desta forma, facilitar operações”.

Os estoques devem funcionar como elemento regulador do fluxo de materiais nas empresas, isto é, como a velocidade com que chegam à empresa é diferente da velocidade com que saem (ou são consumidos), há a necessidade certa de quantidade de materiais, que ora aumenta, ora diminui, amortecendo as variações (MARTINS e ALT, 2009, p. 192).

O motivo de o estoque ser considerado um ativo tão importante está relacionado ao fato de que ele pode ser um item decisivo na estrutura de apuração do balanço patrimonial. Seu controle pode trazer bons resultados financeiro, quando aplicado corretamente pela administração da empresa, pois uma análise pormenorizada é essencial a todo gestor de materiais, em razão da responsabilidade advinda do volume de capital relacionado, bem como pela competitividade que a instituição pode adquirir, dispendo com mais rapidez, trazendo maior qualidade para os usuários ou clientes (MARTINS; ALT, 2008, p. 217).

Um apropriado estoque deve conter prazo de entrega de materiais, anual e demandas são itens extremamente importantes na formação de estoque da empresa. Segundo Dias (2009, p. 7) não existe possibilidade de uma instituição operar em controle de estoques, pois ele é equipado a um amortecedor em diversos estágios da produção até a apresentação final do bem ou produto.

SUMÁRIO



O estoque é um item indispensável para a composição de uma empresa, seja ela industrial ou comercial. O modo como ele é armazenado e controlado pode aumentar a lucratividade da entidade ou causar transtornos para ela. Para isso, é indispensável que o gestor participe fielmente na administração da empresa. De acordo com Ching (2001, p. 32) o controle de estoque tem elevada influência na rentabilidade e controle de custos da instituição, uma vez que tais estoques absorvem uma parte significativa de capital, que teria a possibilidade de serem aplicados em outros investimentos da instituição, pois isso é adequado elevar a rotatividade do estoque, pois permite liberar ativos

O estoque é uma função imprescindível para a organização de negócios, sendo forma de comercialização ou industrialização, armazenando e controlando de maneira apropriada com intuito de aumentar lucros na associação ou causa de prejuízos, por isso é fundamental a participação do administrador no comando da empresa.

Na concepção de Pozo (2004, p. 38) o controle de estoques exerce a função essencial de maximizar o uso de recursos para gestão dos estoques, porém podendo ser um cenário de desafios, quando um gestor se depara com gestão de materiais de forma inadequada, pois não só traz problemas para o capital de giro da empresa, como também na necessidade de se mudar a cultura organizacional para trazer equilíbrio no estoque, onde não se tenham volumes baixos com risco de atrasos nas entregas e insatisfação com clientes, e não se tenham também estoques demasiados cheios, pois o armazenamento do produto em si possui um custo

Curva ABC

A classificação da curva ABC baseia-se em um tipo de processo de classificação através da utilização da Curva para agregar produtos

SUMÁRIO



em três categorias, usando algum tipo de critério como demanda e valor, envolvendo estoque e administração. Para Barbieri e Machline (2006), a classificação da curva ABC de materiais é uma ferramenta que tem como objetivo identificar os produtos em função dos valores que eles representam, estabelecendo, assim, critérios de gestão apropriados para cada item em relação ao valor total considerado, sendo conhecida também como classificação de Pareto, que considerava que poucos itens representam muito valor e muitos itens representam pouco valor.

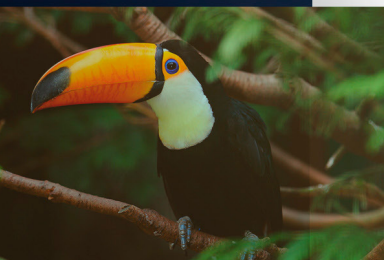
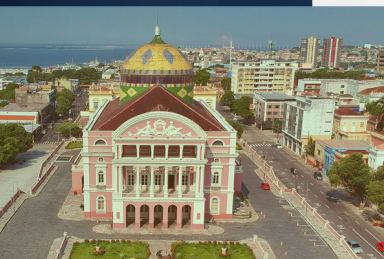
Segundo Dias (2009, p. 73) a curva ABC é um instrumento relevante para o gestor, permitindo a identificação de itens que justifiquem atenção e tratamento de forma diferenciada. Para Martins e Alt (2009) o estudo ABC é uma das maneiras mais aplicadas para examinar estoques, esse método baseia-se em verificar em certo espaço de tempo, de consumo e valor monetário ou a quantidade, dos itens de estoque, para que possam ser classificados em ordem decrescente de importância.

O método da curva ABC atende a esse propósito. Esse método é um dos mais antigos e conhecidos e ainda aplicado em muitas indústrias. A curva ABC baseia-se no raciocínio do diagrama de Pareto, em que nem todos os itens têm a mesma importância e a atenção deve ser dada para os mais significativos (CHING, 2001, p. 47).

Segundo opinião de Dias (2009) as classes da curva ABC são definidas como sendo: Classe A - itens mais importantes que devem ser tratados como uma atenção bem especial pela administração; Classe B - itens em situação intermediária entre as classes A e C; Classe C - itens menos relevantes, que justificam pouca atenção por parte da gestão.

Neste sentido Dias (2009) verifica que para controlar o maior valor do consumo, basta estabelecer controle sobre a média dos itens, ou seja, sobre os primeiros itens da classe A e B da curva ABC, então a classe C se compõe dos itens restantes, corresponde ao menor valor do consumo. Segundo Barbieri e Machline (2006), o principal objetivo da

SUMÁRIO



classificação ABC é apresentar informações para a criação de políticas, objetivos e controles diferenciados para cada item, permitindo que a organização defina um processo de tomada de decisão focada nestes critérios e concentrando esforços nos itens que representam maior valor.

Conforme Martins e Alt (2009) existe uma avaliação chamada *Criatividade dos itens de estoque* na qual ela expõe quanto é o impacto que sua falta causará na operação de negócios na imagem da empresa diante dos clientes, facilitando a substituição de um item por outro e em velocidade obsoleta.

Diante disso Martins e Alt (2009) complementa que:

Dentro do conceito de criticidade, os itens podem ser classificados em classe A (itens cuja falta provoca a interrupção da produção dos bens e serviços e cuja substituição é difícil e sem fornecedor alternativo), classe B (itens cuja falta não provoca efeito na produção de bens e/ ou serviços no curto prazo) e classe C (os demais itens) (MARTINS; ALT, 2009, p. 214, 215).

Para Ching (2001) as diversas técnicas de controle de estoques que se apresentam em itens anteriores podem ser aplicadas a qualquer tipo do estoque e cada item será controlado com base da mesma disponibilidade cobijada e será acompanhado constante ou periodicamente.

No entanto, a classificação de um grupo de produtos tem três categorias usando determinado critério como, por exemplo, demanda, valor de consumo, valor do produto ou valor por período.

Critérios avaliativos eficientes do estoque

Conseguir o melhor fluxo de produto que circula no depósito de forma eficiente é um desafio e tanto para os logísticos. Para

SUMÁRIO

facilitação dessa tarefa foram criados alguns critérios avaliativos que foram desenvolvidos no decorrer do tempo e tem se mostrado eficiente em inúmeros casos. E são eles:

Método PEPS (Primeiro a Entrar, Primeiro a Sair)

É um método que destaca a importância da ordem cronológica na qual onde as mercadorias entram e saem do depósito, ou seja, priorizando o despacho dos materiais que foram os primeiros a chegar desde o armazém.

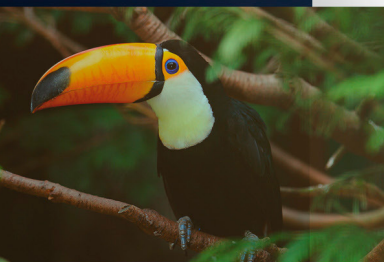
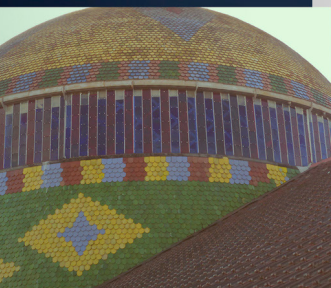
Primeiro a entrar, Primeiro a sair (First in, First out). A avaliação por este método é feita pela ordem cronológica das entradas. Sai o material que primeiro integrou o estoque, sendo substituído pela mesma ordem cronológica em que foi recebido, devendo seu custo real ser aplicado (DIAS, 2009, p. 152).

PEPS é um processo essencial para as empresas que trabalham com produtos efêmeros, pois, deste modo, existe um controle maior do fluxo de materiais, evitando estrago no depósito.

Método UEPS (Último a Entrar, Último a Sair)

É um método que se baseia na ordem de chegada dos produtos, sendo o último a entrar no estoque e o primeiro a ser vendido. No entanto, o preço dos materiais é definido de acordo com o custo de aquisição do último lote que costuma ser mais alto.

Para Dias (2009, p. 153) o método “Último a entrar, Primeiro a sair (Last in, First out)”, constitui método de avaliação considera que devem em primeiro lugar sair as últimas peças que deram entrada no estoque, o que faz com que o saldo seja avaliado ao preço das últimas entradas.



SUMÁRIO

É o método mais adequado em períodos inflacionários, pois uniformiza o preço dos produtos em estoque para venda no mercado consumidor. Baseia-se teoricamente na premissa de que o estoque de reserva é o equivalente ao ativo fixo. O emprego desse método pela administração de material por certo período de tempo tende a estabilizar o estoque, enquanto é avaliada a utilização corrente do mesmo, também é função dos preços, a fim de que sejam refletidos os valores e custos do mercado. (DIAS, 2009, p. 153).

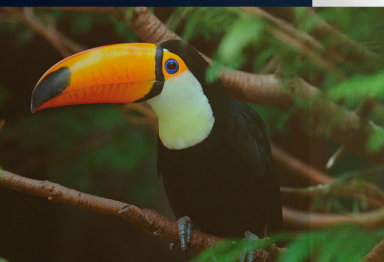
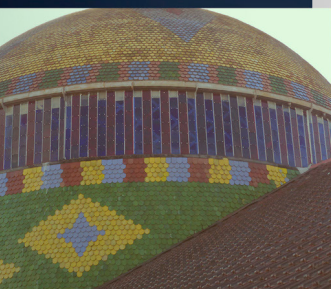
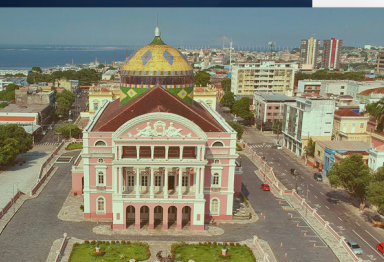
A UEPS tem uma vantagem no qual ele permite a previsão de uma demanda, baseando-se no futuro economista momentâneo, é muito influenciado por taxa de inflação, afetando demais os preços das mercadorias.

Sistema MRP – Material Requirements Planning e Kanban

Apesar de ser um sistema de grande porte em relação à administração de produção o MRP lida com suprimentos de peças, assim como demandas dependem de um determinado material finalizado, tal como demonstra Dias (2009):

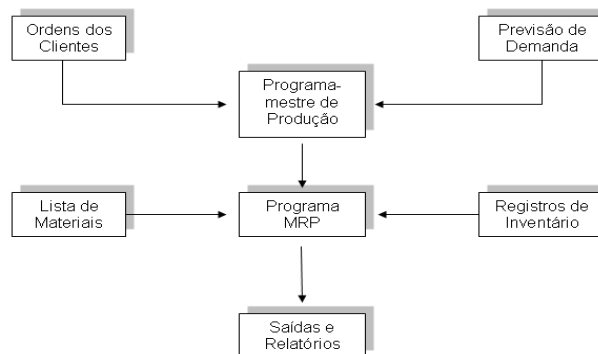
O Planejamento de Materiais preocupa-se basicamente com o dimensionamento correto dos estoques. Reduções de custos maximização de lucro, provenientes de uma perfeita adequação dos estoques ao tamanho das necessidades, podem ser alcançadas através da utilização de métodos e sistemas de planejamento e controle especialmente projetados para esta finalidade. Essas técnicas, apoiadas pela evolução da informática são uma ação mais efetiva no chamado “chão de fábrica”, têm possibilitado alguns bons resultados (DIAS, 2009, p. 119-120).

Para Martins e Alt (2009, p. 118) o método “materials requirement planning (MRP) ou planejamento das necessidades de materiais é uma técnica que permite determinar as necessidades de compras



dos materiais que serão utilizados na fabricação de certo produto”, conforme pode ser observado na Figura 01, abaixo.

Figura 01 – Exemplo da Ferramenta MRP

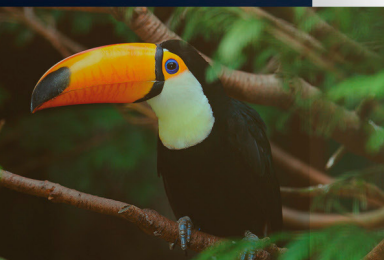
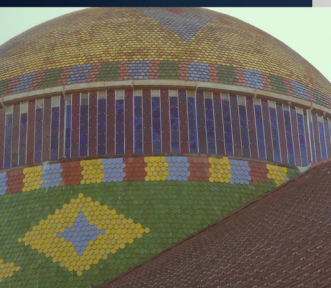


Fonte: Adaptado de Dias (2009).

O sistema MRP é a ferramenta mais usada atualmente pelas empresas, tendo a função de disponibilizar o quanto de material será necessário e qual a quantidade calculada. Segundo Dias (2009), os objetivos do MRP podem ser: Garantia da disponibilidade de materiais, componentes e produtos para garantir ao planejamento da produção e às entregas dos clientes; Manter os inventários no nível mais baixo possível; Planejar atividade de manufatura, de suprimentos e de programação de entregas.

Conforme Dias (2009, p. 120) MRP é o processo que se inicia a partir de informação de “quando” e “quanto” o cliente deseja consumir. O sistema MRP é a ferramenta mais utilizada por empresas hoje em dia, disponibiliza o quanto de material será necessário e qual a quantidade prevista sem danos.

No entanto, o Kanban é um processo de permissão da produção e movimentação do material do sistema Just in time (JIT). Vindo



SUMÁRIO



de língua japonesa significa um marcador (cartão, sinal, placa ou outro dispositivo) utilizado para dominar o método dos serviços em um procedimento sequencial. Segundo Dias (2009, p. 137) o Kanban é uma das técnicas usadas para atingir a meta do JIT. Não se trata de um sinônimo, mas tão somente que Kanban é um instrumento que os conceitos do JIT.

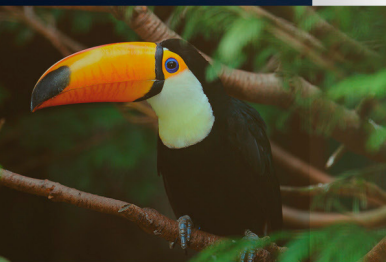
A palavra Kanban é de origem japonesa e significa cartão. A orientação da técnica Kanban é no sentido de se reduzir os tempos de partida de máquina e tamanho dos lotes e produzir apenas as quantidades necessárias à alimentação da demanda. Seu intuito é assinalar as necessidades de mais produto e assegurar que tais materiais sejam produzidos, a repor um determinado produto e só liberado conforme a demanda.

Médio de Recebimento (PMR) e Prazo Médio de Pagamento (PMP)

O prazo médio de recebimento é o período compreendido entre o momento em que as vendas foram efetuadas e o momento do pagamento dessas vendas. Indica quanto tempo em média a empresa leva para receber as suas vendas.

Para Barbieri e Machline (2006, p. 45) o PMR mostra quantos dias em média a instituição leva para receber pelos serviços prestados, considerando que parte desses serviços utiliza materiais de apoio.

SUMÁRIO



PMR- Período ou prazo médio de recebimento

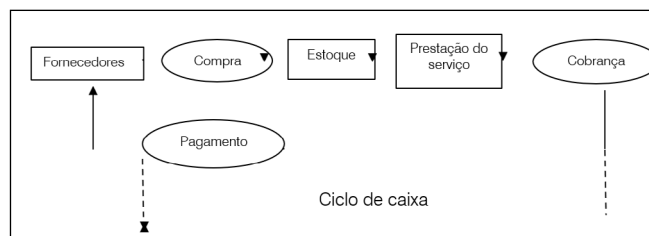
Barbieri e Machline (2006) opinam que neste caso devemos estar atentos para a quantidade de vendas a prazo e os prazos concedidos. Quanto maior os prazos concedidos e maior a quantidade de vendas a prazo, pior para a empresa, pois o seu prazo de recebimento será bastante dilatado, comprometendo dessa forma o seu capital de giro.

No entanto, o PMP é o prazo médio de pagamento é o período compreendido entre o momento em que foram efetuadas as compras e o momento de seu pagamento. Segundo Barbieri e Machline (2006, p. 45) “PMP trata do período médio de pagamento de fornecedores, pois estes fazem parte do fluxo físico e monetário relacionados com os materiais”.

PMP- Período ou prazo médio de pagamento

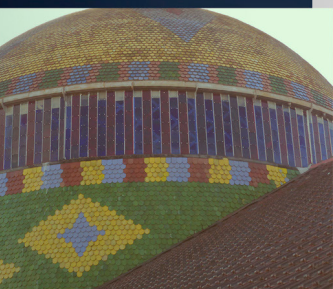
Os indicadores de atividades vieram somar informações para uma gestão eficiente e adaptada, realidade esta em que somente os melhores tornam-se competitivos e permanecem no mercado, conforme pode ser observado na Figura 02.

Figura 2 – Fluxo de Caixa PMP



Fonte: Adaptado de Barbieri e Machline (2006).

SUMÁRIO



Conforme Barbieri e Machline (2006, p. 45) “O ciclo de caixa é o tempo médio entre recebimento e pagamento, tempo este que depende da cobertura do estoque”. Fluxo de caixa deve ser considerado como uma estrutura flexível, no qual o empreendedor deve inserir informações de entradas e saídas conforme as necessidades da empresa, utilizando como controle e, principalmente como instrumento de tomada de decisões

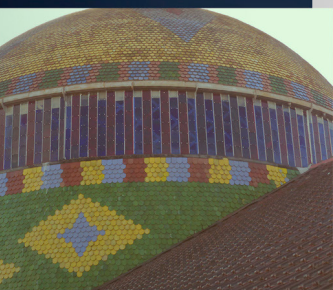
METODOLOGIA

Para a utilização do método de abordagem principal optou-se para o estudo de caso com natureza de relato de experiência exploratório e descritivo, onde ele pode trabalhar com exploração e descrição de uma realidade específica, no caso a secretaria de saúde. Segundo Chaves (2004, p. 66) estudo de caso é circunscrito a uma ou poucas unidades, entendidas essas como uma pessoa, um órgão público, uma comunidade ou mesmo um país. Tem caráter de profundidade e detalhamento. Pode ou não ser realizada no campo. Desta forma buscou-se através de (pesquisa) um melhor esclarecimento sobre o controle de estoque de medicamentos.

A natureza da pesquisa é do tipo aplicada, pois segundo Chaves (2004) é fundamentalmente motivada pela necessidade de resolver problemas concretos, mais imediatos, ou não, portanto, tem finalidade prática. Sendo assim partir da realidade de como é feito o controle de estoque de medicamentos e como isso pode contribuir para que não haja a falta do mesmo, uma vez que, esta é uma problemática que permeia no processo de acúmulo e perda de medicamentos

Para a classificação da pesquisa optou-se como exploratória, num primeiro momento é pouco provável que o pesquisador tenha uma

SUMÁRIO



definição clara do que irá investigar. Para Chaves (2004, p. 64) a investigação exploratória é realizada em área na qual há pouco conhecimento acumulado e sistematizado. Por sua natureza de sondagem, não comporta hipótese que todavia poderá surgir durante ou ao final da pesquisa.

Quanto aos procedimentos da pesquisa aplicou-se a pesquisa bibliográfica que é desenvolvida a partir de livros, em bases de dados Scielo, Google acadêmico e Medline sobre gerenciamento de medicamentos.

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas (GIL, 2008, p. 50).

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória para investigar a realização de gerenciamento de medicamentos nas secretarias de saúde por meio de relato espontâneo de experiência dos servidores do quadro da saúde de Urucurituba.

Urucurituba é um município brasileiro no interior do estado do Amazonas, Região Norte do Brasil, ocupa uma área de 2.906,677 km², com sua população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 24.098 habitantes (2021). É o trigésimo quarto município mais populoso do estado do Amazonas.

Os dados foram coletados na secretaria de saúde de Urucurituba sobre o controle de estoque de medicamentos. A coleta foi realizada por meio de dados baseados na revisão de literatura acerca de conceitos de gestão de estoque de medicamentos na secretaria de saúde com base em visita técnica *in loco*.

Durante a coleta de dados para o estudo em tema foram realizadas técnicas específicas, como a entrevista, aplicação de um questionário e a observação aos responsáveis, abordando o controle de

SUMÁRIO



estoque, armazenamento, programação dos medicamentos no setor. O instrumento de coleta dos dados consistiu em questões objetivas a fim de definir respostas mais apropriadas para a pesquisa. Segundo Casarin e Porto (2021), não há a necessidade de apreciação de relatos de experiência por parte de comitê de éticas, contudo devendo o estudo seguir a legislação ética de respeito (Resolução N° 466/2012), em especial estimular apenas relatos de forma espontânea, e quando usados questionários ou guias de entrevistas que eles permitam a resposta de forma espontânea.

Após a coleta dos relatos, foi realizada análise exploratória descritiva, sobre as principais situações cotidianas, desafios e de acordo com a literatura científica prévia acerca do assunto. Aglomerada a esta crítica tem sua abordagem na identificação de possíveis pontos graves e outros não, bem como as ocasiões de admissíveis ameaças. Nesse tópico são apresentados os setores estudados de acordo com os processos de recebimento, armazenagem e controle dos medicamentos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Controle de Estoque na Secretaria de Saúde de Urucurituba - Amazonas

Por meio dos relatos, foi possível identificar que existe conferência de estoque dos pedidos de medicamentos e são realizados pela profissional da secretaria de saúde juntamente com a farmacêutica. As conferências físicas de estoque são de acordo com a periodicidade, a secretaria possui um controle permanente a cada compra que sempre são dia 10 de cada mês, obtendo assim as compras de medicamentos controladas, o volume de material descartado por avaria ou validade é

SUMÁRIO



bem baixo, pois pedem somente o necessário e quando está próximo de vencer fazem uma permuta.

De acordo com Lira *et al.* (2013) a fase de conferência de estoque permite com que se obtenha o saldo e se registre de forma precisa e documentada a quantidade do insumo médico-hospitalar no estabelecimento de armazenagem, e sua atualização deve ser constante para que sempre se tenha uma situação real da quantidade do produto. O que mais dificulta é que ainda não existe no setor os cálculos dos inventários de estoque, porém há o controle de entrada e saída no sentido de certificar sua exatidão, ou seja, a Curva ABC.

De certa forma mensuram o tempo perdido devido à falta de material e de componentes. Portanto, tal inadequação vai contra a função precípua do centro de abastecimento farmacêutico que é permitir o uso racional dos insumos hospitalares e médicos, e pela inexistência de sistema preciso que caracteriza os ciclos de demandas, ressuprimentos e com mensuração das flutuações periódicas (ANDREOLI; DIAS, 2015).

O gerenciamento de medicamentos de qualidade envolve diversos detalhes que vão da organização à dispensação dos produtos. É importante que todas as etapas sejam feitas com atenção máxima, já que os mais pequenos erros podem ter grandes consequências. A relação ao controle de estoque é utilizada em vários métodos de gerenciamento, controle de estoque do sistema corresponde a 98% do controle físico.

Na opinião de Barbieri e Machline (2006, p. 299) o controle de estoque pode ser realizado através de listas por sistemas de informação, as quais indicam o levantamento dos produtos e sua situação no estoque. Ainda sobre a efetivação de requerimento de medicamentos, o processo da secretaria de saúde de Uruçurituba é feito através de licitação para a quantificação dos medicamentos a serem solicitados aos fornecedores centrais de medicamentos. Seu *layout* de trabalho licitatório é padrão em todo o território nacional e obedece aos antigos

SUMÁRIO



padrões de escrituração fiscal, com a adição de melhorias que visam um maior controle das transações comerciais.

De acordo com Diehl *et al.* (2016) no Brasil ainda se carecem de estruturar sistemas nacionais e estaduais de informação sobre gestão de medicamentos, bem como investir em capacitação da equipe de licitação, bem como do aumento do número de servidores que executem tais serviços nessa área, haja visto que em geral as secretarias de saúde contam com um número reduzido de servidores atuando, o que sobrecarrega os demais, e torna a aquisição de medicamentos, um processo demorado e ineficaz, sendo perceptível pelos usuários.

Com a mesma ideia Pozo (2010, p. 11) complementa que:

Armazenagem é o processo que envolve a administração dos espaços necessários para manter os materiais estocados, [...] mais próximos dos clientes.

Os fornecedores dos medicamentos da secretaria de saúde de Uruçurituba remetem as mercadorias de acordo com pagamento através da licitação. Por ser um setor público tudo deve ser o quanto antes adiantado para que haja falta de medicamentos na secretaria de saúde, pois é do almoxarifado que saem as distribuições para as unidades básicas de saúde.

Os transportes das compras de medicamentos da secretaria de saúde são acionados ao custo de armazém, vindo para Uruçurituba com transporte fluvial e com todo e maior cuidado, até o momento não houve nenhum danos ou prejuízos. Na Região Amazônica, têm-se uma enorme de dificuldades, especialmente pela distância com a Região Sudeste, tradicional fornecedora de insumos no país, tendo de se utilizar tanto do modal rodoviário pela rodovia Belém-Brasília ou por estradas alternativas como a de Santarém e depois a deposição dos produtos em barcaças que escoam a produção até o Porto de Manaus e demais portos no Rio Amazonas (PASSOS, 2013).

SUMÁRIO



Diante do que foi questionado com relação ao local de armazenamento acredita que o espaço para o armazenamento de medicamentos ainda não é adequado, existindo assim uma certa crítica rígida para o sucesso da redução de custos e controle de estoque.

Por tanto, pensando nas consequências do manejo inadequado de remédios e outros produtos na secretaria de saúde do município, é preciso tomar providências. Primeiro passo é avaliar como estão os processos da instituição de saúde. Onde estão os maiores erros e as providências podem ser tomadas para garantir que a população receba produtos de qualidade, sem que haja falta de medicamentos na secretaria de saúde do município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo da pesquisa realizada neste trabalho pode-se observar que a secretaria de saúde de Urucurituba passa por sérias falhas de planejar a estratégia de entrada e saída de medicamentos, falta de organização, estocagem e controle de vigor. Em questão das atividades de controle no âmbito, percebeu-se a precisão de um padrão nos serviços na secretaria de saúde, e assim fortalecer para que essa cultura interna seja verdadeiramente efetivada. As atividades de controle de estoque, armazenamento e distribuição são essenciais para que os medicamentos e materiais sejam abastecidos de forma contínua e prevenindo desperdícios.

Nesse argumento existe a necessidade de a secretaria de saúde estar atenta e buscar melhorias no processo de trabalho no que se refere à logística dos medicamentos e materiais, bem como outros insumos de saúde, para uma racionalização de recursos públicos e melhorias na qualidade da assistência.

SUMÁRIO



Portanto, foi observado ao longo desta pesquisa que para alcançar um gerenciamento eficaz de medicamentos, é importante ter uma gestão de estoque a fim de realizar um controle de entrada e saída de medicamentos, a demanda e fornecer o acesso a medicamentos de qualidade no momento oportuno e de costume correta, ou seja, onde os usuários também recebam todas as orientações conexas quanto ao uso correto desses medicamentos.

REFERÊNCIAS

- ANDREOLI, G. L. M.; DIAS, C. N. P. Planejamento e gestão logística de medicamentos em uma central de abastecimento farmacêutico hospitalar. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, Belo Horizonte, v. 12, n. 4, p. 1-15, 2015.
- BALLOU, R. H. **Gerenciamento da cadeia de suprimentos/logística empresarial**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.
- BARBIERI, J. C.; MACHLINE, C. **Logística hospitalar: teoria e prática**. 1. ed. São Paulo: Saraiva, 2006.
- BERTAGLIA, P. R. **Logística e gerenciamento da cadeia de abastecimento**. 2. ed. Pinheiros: Saraiva, 2009.
- CASARIN, S. T.; PORTO, A. R. Relato de Experiência e Estudo de Caso: algumas considerações. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 11, n. 2, p. 1-3, e2111221998, 2021.
- CHAVES, M. A. **Projeto de pesquisa: guia prático para monografia**. Rio de Janeiro: Editora WAK, 2004.
- CHING, H. Y. **Gestão de estoques na cadeia de logística integrada**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- DIAS, M. A. P. **Administração de materiais: princípios, conceitos e gestão**. 6. ed. São Paulo: Atlas S.A, 2014.
- DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I.; SCHAEFER, S. C. **Logística de medicamentos**. Florianópolis: Editora da Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

SUMÁRIO

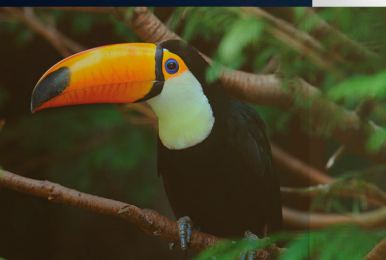
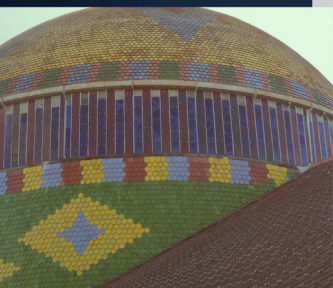
LIRA, A. B.; NÓBREGA, F. M.; SOUSA, D. F.; DELMONDES, M. N.; PEREIRA, P. C. G.; RIBEIRO, N. K. R.; DINIZ, M. F. F. M. Gestão de estoque: proposta para uma farmácia diferenciada. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 97-104, 2013.

MARTINS, P. G.; ALT, P. R. C. **Administração de materiais e recursos patrimoniais**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

PASSOS, L. H. S. A logística de transportes na Amazônia Ocidental: desafios, limitações e importância para o desenvolvimento do estado de Roraima.

Revista de Administração de Roraima, Boa Vista, v. 2, n. 3, p. 4-18, 2013.

POZO, H. **Administração de recursos materiais e patrimoniais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.



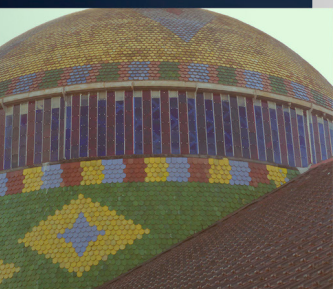
20

Manuelle Nascimento da Silva

Albert Lengruber de Azevedo

DESAFIOS DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE SAÚDE MENTAL PARA A EFETIVIDADE DA GESTÃO DO CUIDADO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO

SUMÁRIO

**Resumo:**

O presente estudo tem como finalidade descrever os desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Para tanto, foi utilizado como método a revisão integrativa da literatura, realizada de junho a agosto de 2022, que priorizou por artigos completos, disponíveis gratuitamente em meio eletrônico, bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF, publicadas em português, entre 2016 a 2021. A partir da pesquisa foram encontrados 74 artigos, dos quais selecionados 06 para análise. Desse universo, três categorias foram identificadas, intituladas: 1: Falta de conhecimento sobre o funcionamento da rede de atenção; 2: Necessidade da formação continuada dos profissionais que trabalham em serviços de saúde mental; 3: Prática profissional centrada no modelo biomédico. Nas considerações finais, é apontado que embora a Política Nacional de Saúde Mental tenha passado por grandes avanços, a articulação da rede de atenção psicossocial ainda carece de atenção. Considerar práticas como o matriciamento pode favorecer a partilha de saberes e práticas entre profissionais da equipe multidisciplinar, e garantir a efetividade da gestão do cuidado.

Palavras-Chave: Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Gestão do Cuidado; Equipe Multidisciplinar.

SUMÁRIO



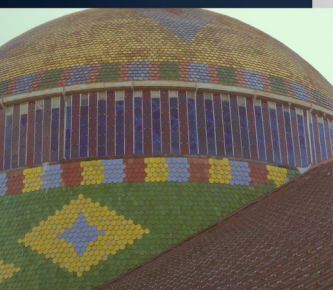
INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira encontra inspiração nas proposições de Franco Basaglia, psiquiatra italiano responsável por instituir em seu país novas modalidades de internação para pacientes em sofrimento psíquico e formas de tratamento, inclusive o territorial (AMARANTE, 2007). Suas proposições voltam-se, sobretudo, para a garantia dos direitos, cuidado humanizado e integral, bem como para participação da família em todo o processo (AMARANTE, 2007).

Nesse contexto, a Luta Antimanicomial Brasileira surgiu para assegurar os objetivos da reforma, sinalizada pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania das pessoas em sofrimento psíquico, não mais sendo retirado do convívio em sociedade através do enclausuramento em manicômios, mas sendo reintegrados a sociedade, através do tratamento humanizado e generalista. Desse modo, a Lei Antimanicomial, configurou-se um movimento amplo, diversificado e pluralista, com base social, composto por profissionais, das instituições de saúde mental, lideranças dos usuários e familiares, contrapondo-se às formas desumanas de tratamento a que os pacientes eram submetidos durante as internações psiquiátricas.

Em 2001, foi aprovada a Lei Federal nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001). E, a partir de sua consolidação, em âmbito nacional, passou a ser reconhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, isso porque busca garantir o acesso e a promoção dos direitos da pessoa em sofrimento psíquico, além de incitar o cuidado em serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, por meio da articulação de ações em diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2001).

SUMÁRIO



Subsequente, em 23 de dezembro de 2011, deu-se a aprovação da portaria 3.088, responsável por instituir a Rede de Atenção Psicossocial, e por garantir que pessoas em sofrimento psíquico, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e fazem uso de outras drogas, fossem assistidas no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Para tal, a portaria 3.088/2011, conhecida também como RAPS, estabelece a criação de diversos serviços de saúde voltados para o atendimento às demandas de saúde mental, como: a atenção básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os serviços de urgência e emergência, os consultório de rua, os serviços especiais de acesso aberto, entre outros (AMARANTE, 2007).

Sua finalidade é ampliar e articular os pontos de atenção à saúde de psicossocial, a fim de garantir o acesso e a autonomia do usuário; a oferta de serviços de saúde de qualidade; e a diversificação de estratégias de cuidado, com ênfase na base territorial e comunitária (BRASIL, 2011). Com isso, a RAPS objetiva garantir a articulação e integração efetiva da rede de atenção à saúde mental, a partir da integralidade.

E por encontrar sustentação na lógica da intersetorialidade, a RAPS busca atender às demandas de seus usuários, a partir do desenvolvimento de ações conjuntas com outras políticas públicas, que objetivam a garantia do acesso integral à Educação, Cultura, Lazer, Esporte, Trabalho, Assistência Social, entre outras (BRASIL, 2011). Em contexto, intersetorialidade diz respeito a articulação entre os serviços existentes para garantir ao usuário a integralidade do cuidado dentro da rede de serviços existente na territorialidade, acessando as políticas sociais.

Dentre os muitos desafios vivenciados pela RAPS, um que vem chamando a atenção, refere-se a desarticulação desta rede, por conseguinte a falta de conhecimento dos profissionais sobre o fluxo que se deve seguir nesta rede e quais os instrumentos de trabalho para a intervenção, dificultando à integralidade do cuidado,

SUMÁRIO



favorecendo a preservação de uma prática profissional, restrita ao processo de saúde/ doença.

Significa dizer que a RAPS requer uma gestão do cuidado mais colaborativa, atenta à formação e capacitação dos profissionais da rede de saúde. Tais preceitos podem estar pautados em práticas de intervenções de saúde mental que são centradas no usuário, como o matriciamento onde, por exemplo, o CAPS institui um diálogo com os serviços da atenção básica, sobretudo para garantir o atendimento às demandas biopsicossociais.

Diante dessas questões apresentadas, delimitou-se para o desenvolvimento desse estudo o seguinte objetivo: descrever os desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

METODOLOGIA

Essa é uma revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008, p. 759) têm como objetivo “possibilitar a sumarização das pesquisas já finalizadas e obter conclusões a partir de um tema de interesse”. Ademais, Botelho, Cunha e Macedo (2011) destacam:

Esse método de pesquisa objetiva traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre um determinado tema. A revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos, pautados nos resultados apresentados pelas pesquisas anteriores (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011, p. 10).

Para sua elaboração, foi necessário seguir às seguintes etapas, a saber: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; 3) definição das informações

SUMÁRIO



a serem selecionadas; 4) análise crítica dos achados, identificando as diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e reportar, de forma clara, a evidência encontrada e 6) fazer uma síntese do conhecimento.

A identificação do tema se deu após a leitura de alguns artigos que, de modo geral, favoreceram a identificação da seguinte questão norteadora: quais os desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico?

Subsequente, procedeu-se com a delimitação dos critérios de inclusão e exclusão foram estabelecidos e iniciou-se a busca nas bases de dados para seleção dos estudos. A coleta do material para a pesquisa foi realizada no período de Julho a Agosto de 2022. Os critérios de inclusão foram: artigos completos, disponíveis gratuitamente nos meios eletrônicos nas referentes bases de dados, pesquisas que abordassem a temática em questão, publicadas em português; publicadas entre 2017 a 2021. Quanto aos critérios de exclusão ficaram definidos: estudos com duplicidade nas bases de dados, disponíveis apenas como resumos, cartas ou editoriais, dissertações e teses.

A etapa seguinte, que diz respeito à definição das informações a serem selecionadas, seguiu-se com o levantamento e foi realizado em ambiente virtual na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), em bases de dados consideradas de grande relevância no meio científico: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE).

E, acerca da amostragem desta investigação, destaca-se que ocorreu sequencialmente nas bases de dados: LILACS e BDNF e MEDLINE, no idioma português e com os descritores: Saúde mental *and* serviços de saúde *and* equipe multidisciplinar. O operador booleano “and” foi utilizado para refinar a busca. E, no que diz respeito às informações analisadas, foram extraídas aquelas relativas a desafios da

SUMÁRIO



equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.

Subsequente, seguiu-se com avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, ou seja, à análise, avaliação, inclusão e exclusão dos textos por meio de uma leitura crítica das obras selecionadas para a verificação de sua autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade.

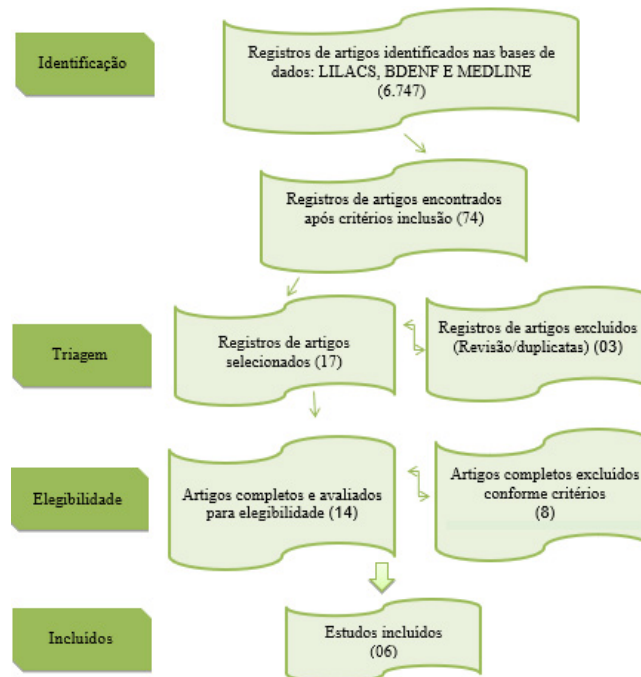
Ressalta-se que, nesse momento procedeu-se a interpretação dos artigos encontrados que estavam relacionados com o objetivo da pesquisa. Todos os estudos identificados por meio da estratégia de busca foram inicialmente interpretados pelas autoras através da análise dos títulos e resumos. Nos casos em que os títulos e os resumos não se mostraram suficientes para definir a seleção inicial, procedeu-se à leitura na íntegra e crítica das obras selecionadas para a verificação de sua autenticidade, qualidade metodológica, importância das informações e representatividade, onde foram definidas as informações a serem extraídas.

Subsequente, deu-se a apresentação dos resultados. Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos, construído pela autora, para a descrição das seguintes informações: Instrumento 1: Ano, base de dados, título, objetivo, conclusão; instrumento 2: apresentação da categoria analítica, e descrição dos desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico. Vale destacar que os dados obtidos foram transcritos e apresentados de forma didática em dois quadros, num processo contínuo e simultâneo, seguindo a passos estruturados e complementares entre si. Seu objetivo foi: conhecer a realidade do objeto, tal como se apresenta aos olhos da pesquisadora.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

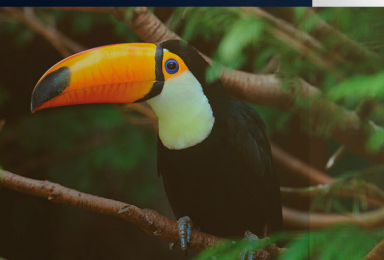
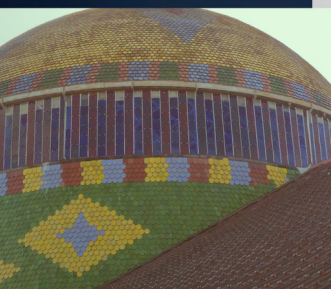
Do cruzamento entre os descritores setenta e quatro (74) artigos foram identificados, sendo sessenta e oito (68) deles excluídos, pois não se enquadravam aos critérios de inclusão. Desse quantitativo, selecionou-se sete (06), para um melhor aprofundamento desse estudo, conforme evidenciado no fluxograma da Figura 01, a seguir.

Figura 01 – Busca de Artigos nas bases de dados

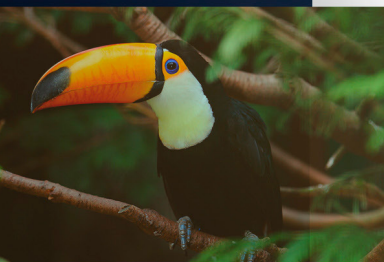


Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



SUMÁRIO



Após essa etapa, procedeu-se com a leitura na íntegra dos artigos, a fim de obter uma melhor compreensão acerca do seu conteúdo. Depois disso, deu-se uma nova leitura, dessa vez de forma mais aprofundada, com a finalidade de identificar informações capazes de contribuir significativamente para o desenvolvimento desse estudo, conforme pode ser observado no Quadro 01, a seguir.

Quadro 01 – Descrição das informações de cada artigo selecionado

TÍTULO DO ARTIGO E ANO DE PUBLICAÇÃO	BASES DE DADOS	OBJETIVO DO ESTUDO	CONCLUSÃO
A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial em Belo Horizonte	Coelho <i>et al.</i> (2021). LILACS	Compreender a construção das ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial de Belo Horizonte, sob a ótica dos profissionais em uma perspectiva histórica	Necessário levantar propostas de aperfeiçoamento dos serviços da rede de saúde mental, visando diminuir a sobrecarga dos profissionais, seu aperfeiçoamento e a melhoria dos serviços da atenção primária. O ponto culminante será mais integração entre eles, porque haverá assistência centrada no usuário e, conseqüentemente, na família.
Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial	Pessoa <i>et al.</i> (2018) MEDLINE	Compreender os desafios enfrentados pelos trabalhadores no cotidiano da atenção psicossocial, considerando as relações afetivas, a gestão do cuidado e a interdisciplinaridade	A gestão do cuidado como norteador das práticas inovadoras de saúde mental, nos dá a sustentabilidade de uma prática necessária para consolidação e resolutividade da demanda da vida social dos usuários e que os processos de trabalho no campo da saúde mental.

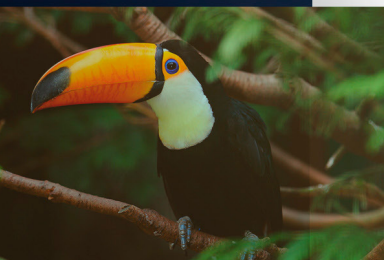
SUMÁRIO



<p>A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial, Salvador, Bahia, Brasil.</p>	<p>Anjos Filho e Souza (2017). LILACS</p>	<p>Conhecer a percepção dos profissionais integrantes da equipe sobre o trabalho multiprofissional, especialmente no que concerne aos aspectos que facilitam e dificultam esta atuação.</p>	<p>Embora o trabalho multiprofissional se apresente predominantemente valorizado, ocorrem problemas de conceituação e prática no interior da equipe, bem como a emergência de críticas relativas às condições de planejamento e gestão e ao padrão de investimento nas estruturas físicas do CAPS diante da elevada demanda do público por este serviço de saúde.</p>
<p>Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado</p>	<p>Carvalho <i>et al.</i> (2018) LILACS</p>	<p>Discutir a desarticulação da Rede de Atenção Psicossocial a partir da concepção de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas.</p>	<p>A lógica operada na Rede de Atenção Psicossocial tende a reduzir o cuidado de pessoas que usam drogas ao CAPSad, comprometendo a integralidade do cuidado.</p>
<p>Percepção da equipe multiprofissional sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: estudo fenomenológico</p>	<p>Schran <i>et al.</i> (2019) LILACS</p>	<p>Compreender a percepção da equipe multidisciplinar em relação à estrutura organizacional dos serviços de saúde mental no município de Cascavel-Paraná.</p>	<p>A equipe multidisciplinar tem conhecimento sobre o formato estrutural e organizacional dos serviços de saúde mental e, tem expectativas de melhorias em relação ao futuro da atenção à saúde mental no município.</p>
<p>Qual o elemento central na Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais?</p>	<p>Querido <i>et al.</i> (2020) LILACS, BDENF - enfermagem (Brasil)</p>	<p>Identificar, pela Análise de Rede Social, o elemento central da Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais e estabelecer relações de tal centralidade com o perfil dos trabalhadores.</p>	<p>A centralidade do hospital psiquiátrico assinala a necessidade de ressignificação do modelo de atenção que sustenta a prática dos profissionais. Neste sentido, entende-se que o adensamento do capital social dos trabalhadores e o uso de instrumentos de gestão contribuíram para maior articulação da Rede de Atenção Psicossocial.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



Subsequente à descrição das informações, procedeu-se com a construção de um novo quadro, com auxílio do programa Microsoft Word, a fim de demonstrar os desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, conforme apresentado conforme pode ser observado no Quadro 02, a seguir.

Quadro 02 – Descrição dos desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico

Seq.	Desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico.
A.1	<ul style="list-style-type: none"> • Não conseguir atender a toda a demanda que chega. Devido a isso, precisam programar a assistência a casos psicóticos graves. • Regionalização, a criação de vínculo e o encaminhamento de pacientes para outras unidades referência. • Ausência de estabelecimento de fluxos e de oferta de serviços que abarque a complexidade da assistência à saúde mental. • Matriciamento e possibilidade de participação em reuniões entre os serviços.
A.2	<ul style="list-style-type: none"> • Precarização do trabalho, devido as má condições de trabalho, (infraestrutura). • A relação entre os diversos saberes e práticas no cotidiano do trabalho ocupam lugares diferenciados o que dificulta a atuação multidisciplinar ao estabelecer relações verticais, com assimetria de poderes.
A.3	<ul style="list-style-type: none"> • Atividades profissionais são ainda pouco integradas, sendo a maioria das ações realizada isoladamente. • Reduzidas ações de educação permanente.
A.4	<ul style="list-style-type: none"> • Rede de serviços desarticulada. • Rede de serviços ineficiente e comprometedor dos princípios da política, impondo barreiras à continuidade do cuidado;
A.5	<ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar de maneira intersetorial a fim de proporcionar integralidade no cuidado. • Incorporar preceitos de base comunitária e territorial.
A.6	<ul style="list-style-type: none"> • Formação profissional permeada pelo modelo biomédico medicalizador; déficit de recursos humanos; sobrecarga de trabalho. • Escassez de oportunidades de educação permanente. • Falta de conhecimento do funcionamento da rede pelos profissionais.

Fonte: Elaborado pelos autores (2022).

SUMÁRIO



Dessa síntese, pode-se perceber que os desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico encontram-se sustentados em três pilares, a saber: Falta de conhecimento sobre o funcionamento da rede de atenção intersectorial, dificultando a integralidade no cuidado; Outro pilar importante observado mediante o estudo, ocorre em relação a necessidade da formação continuada dos profissionais que trabalham com a política de saúde mental, haja vista que através da capacitação destes profissionais que irá fortalecer sua prática profissional de maneira atualizada de acordo com as novas demandas apresentadas dentro do campo de saúde mental, sabendo que realidade é dinâmica e está sempre em constante transformação; por fim, percebeu-se através do análise que apesar dos avanços ocorridos dentro da política de saúde mental, ainda existe a prática interventiva pautada no modelo biomédico, onde está vinculado ainda a conduta medicamentosa bem mais do que a de reinserção na sociedade do usuário e sua autonomia.

Ao se considerar as informações obtidas a partir da leitura a tentativa dos seis artigos selecionados, pode-se observar o quão importante é a comunicação entre os profissionais da equipe multidisciplinar que atuam em serviços de saúde mental, sobretudo para que haja efetividade nas ações, bem como o resgate da cidadania e a integralidade do cuidado. Tal assertiva pode ser constatada nas categorias apresentadas a seguir:

Categoria 1: Falta de conhecimento sobre o funcionamento da rede de atenção

Ao analisar os seis artigos do presente estudo, pode-se perceber a importância da multidisciplinaridade para o cumprimento da política de saúde mental e integralidade do cuidado, sobretudo no que

SUMÁRIO



tange à não replicação do modelo biomédico. No entanto, ainda há dificuldade na efetivação dessa multidisciplinaridade e intersectorialidade entre os serviços de saúde mental, o que ocasiona alguns desafios para a sua concretização, principalmente no que diz respeito ao agir profissional e que, de certo modo, compromete a assistência prestada à pessoa em sofrimento psíquico.

A multidisciplinaridade surge, nesse contexto, como uma necessidade concreta para a execução e resolutividade dos serviços de reabilitação psicossocial, ajudando os profissionais a trabalharem em grupo, sendo fundamental para a construção de caminhos que possibilitem avanços no cuidado proporcionado. Nesse sentido, a interação entre várias profissões, características da multidisciplinaridade, conduz a interações reais, dotada de reciprocidade. Isso porque, o trabalho da equipe multidisciplinar possibilita o diálogo e ao mesmo tempo uma reflexão relevante sobre o cuidado em Saúde Mental. Nessa proposta reconstrutiva, o diálogo se mostra como elemento central (PESSOA, 2018, p. 697).

Por multidisciplinaridade compreende-se o estabelecimento de relações menos verticais entre as diversas disciplinas. Estas compartilharão “uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum”. Nesse caso, não existe uma justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas, sim, uma combinação nova de elementos internos, com trocas entre os campos para uma tarefa ser realizada em conjunto. Desse modo, espera-se que surjam conhecimentos e posturas inéditas dos integrantes (ANJOS-FILHO; SOUZA, 2017, p. 71).

Será através da troca de conhecimento, pautada em uma intervenção ao usuário de forma holística, ou seja, pautada em uma intervenção biopsicossocial, entendendo o processo de adoecimento para além da questão biológica, mas também as interferências que em torno deste usuário irá interferir no agravamento do adoecimento. Será a partir desta junção de conhecimentos que poderá proporcionar

SUMÁRIO



uma intervenção pautada na integralidade deste sujeito, identificando não apenas as fragilidades da sua condição, mas também as potencialidades do deste enquanto ator de seu processo de cuidado, restabelecendo sua autonomia.

Durante a análise dos textos, observou-se que cinco dos seis textos, abordam que um dos desafios da equipe multidisciplinar de saúde mental para a efetividade da gestão do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico em sua cotidianidade se dá na ausência de uma rede articulada e efetiva, e um dos pressupostos ocorre mediante ao não conhecimento dos profissionais sobre todos os serviços ofertados na rede, dificultando o processo de encaminhamentos e contrarreferência.

Nesse sentido, o conhecimento do território pelas equipes de saúde mental tanto no tocante à estrutura de serviços quanto às relações afetivas dos usuários com sua família e comunidade circundante são essenciais para a construção conjunta de projetos que garantam o acesso aos diferentes dispositivos da rede e fortaleçam a comunicação entre os profissionais da rede intra/intersectorial, viabilizando, de modo mais efetivo, estratégias para a reabilitação psicossocial dos usuários (QUERIDO *et al.*, 2020, p. 07).

A Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 definiu o que são os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, tal portaria reconhece e amplia o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que tem como pressuposto oferecer atendimento às pessoas que possuem transtornos psíquicos severos e persistentes, de modo a possibilitar a sua autonomia e reintegração na sociedade. Para tanto, o CAPS necessita estar integrado a outras redes de serviços, tais como, a rede de serviços em saúde, serviços de educação, rede socioassistencial entre outros.

Cabe salientar que, para além das outras redes socioassistenciais, a rede de serviços de saúde precisa estar intrinsecamente ligada. Desse modo, a Atenção Básica de saúde tem papel fundamental para a efetivação da integralidade do sujeito, tendo em vista que a Atenção

SUMÁRIO



Básica por ser porta de entrada da saúde, conhece os usuários em seu território, possibilitando o conhecimento de vida deste usuário em seu cotidiano, bem como possui uma relação de vínculo mais estreito.

A rede de cuidados de saúde mental permite o desenvolvimento e a articulação de distintas relações, capazes de promover a criação de novos espaços onde exista troca de informações e promovendo a integração entre as diversas áreas de atuação.

A desarticulação de uma rede compromete o que é proposto pela Reforma, comprometendo a prestação de um serviço pautado no cuidado humanizado e integral, não apenas analisando o processo de adoecimento psíquico, mas também nos problemas socioassistencial, que estão diretamente ligados ao processo de agravamento das doenças psíquicas, ou seja, através do acesso a toda a rede de serviços que será possível atender de forma holística, possibilitando a reinserção deste usuário na sociedade, contribuindo com sua emancipação.

Categoria 2: Necessidade da formação continuada dos profissionais que trabalham em serviços de saúde mental

Outro elemento encontrado em 3 dos 6 textos analisados, refere-se à ausência da capacitação da equipe que trabalha com a política de saúde mental, a escassez da educação permanente corrobora para que não haja uma atualização da prática profissional através de novas informações acerca da Saúde Mental, fragilizando a Rede de Atenção Psicossocial.

A partir dos artigos, pode-se observar que a dinamicidade da equipe que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, bem como a inserção de profissionais que em sua maioria estão trabalhando pela

SUMÁRIO



primeira vez na política de saúde mental, corrobora que não haja um conhecimento por estes profissionais de toda a rede intersectorial e muita das vezes não conhecem o próprio funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial, comprometendo a efetividade do atendimento, tornando-se superficial.

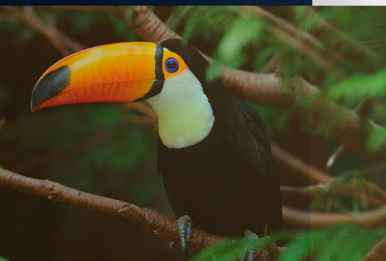
Segundo a PORTARIA Nº 3.088/2011, a Rede de Atenção Psicossocial- RAPS, é constituída por serviços e equipamentos variados, pautados em sua maioria pelo princípio do cuidado comunitário e em liberdade, sendo composta pelos seguintes componentes; Atenção Básica em Saúde, Equipes de Atenção Básica para populações em situações específicas, Centro de Convivência. A RAPS tem como ponto de atenção psicossocial especializada, o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS.

A Atenção Básica, por ser porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, será também através do primeiro contato da pessoa em sofrimento psíquico. A partir dela que o usuário de saúde mental pode acessar os demais pontos de atenção da RAPS. Neles será acolhido por equipe multidisciplinar que dará prosseguimento ao cuidado, através de sua singularidade. Será diante das demandas encontradas neste usuário e suas necessidades que irá ser encaminhado para os demais serviços da rede.

A finalidade da RAPS é ampliar e articular os pontos de atenção à saúde, garantindo a autonomia do usuário, o acesso e a qualidade dos serviços, a diversificação das estratégias de cuidado, a ênfase na base territorial e comunitária, o desenvolvimento das estratégias de redução de danos e a primazia do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Com isso, objetiva-se ampliar o acesso da população à atenção psicossocial e garantir a articulação e integração da rede de saúde

Diante de uma Rede de Atenção Psicossocial com tantas ramificações, é necessário esforços de integração e articulação desses serviços, bem como o desenvolvimento de fluxos. Para tanto, faz-se

SUMÁRIO



necessário o conhecimento por parte das equipes de atuação de como funciona tais fluxos para a efetivação do cuidado. Um dos grandes desafios para tal concretização se dá mediante a grande mobilidade dos trabalhadores que trabalham nos serviços de saúde mental, circulando pela diversidade de equipamentos de saúde em um processo de rotatividade, dificultando a criação de uma equipe técnica fixa que possa conhecer todos a rede e dar prosseguimentos ao processo de cuidado do usuário de forma integral.

Juntando a isso, outro fator que contribui para a pouca efetividade da RAPS, se dá por falta de capacitação dos profissionais acerca da política de saúde mental, tendo em vista que o problema vem desde a graduação, onde tem-se pouco conteúdo acerca da atuação na área de saúde mental, sendo muita das vezes adquirido conhecimento do funcionamento da RAPS no cotidiano da prática.

Existe uma carência de capacitação para os aspectos subjetivos do cuidar em saúde mental, como o manejo de crises, o relacionamento interpessoal e o instrumental terapêutico, que são apontados como requisitos fundamentais para atuar em Saúde Mental na Atenção Primária. A falta de recursos de pessoal e de capacitação acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes (MACHADO; CAMATTA, 2013 p. 229).

Desse modo, é nítida a necessidade de atenção a tais profissionais e a preocupação com as capacitações se coloca como primordial para o cuidado, visto que a educação permanente pode proporcionar certo avanço no que tange à atenção psicossocial” (SCRAN, 2019, p. 5).

Cabe salientar que a falta de infraestrutura das instituições públicas aliado à falta de educação permanente, contribuem para o não desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes, tendo em vista que o cuidado em saúde mental exige que o profissional possua conhecimento a respeito do tema. Através da educação permanente que poderá construir estratégias de transformações nas práticas de saúde

SUMÁRIO



com os profissionais, colocando os princípios promulgados pela Reforma Psiquiátrica na prática, não ficando apenas na teoria. Para tanto, “é primordial a reorganização no modo de trabalho, da capacitação dos profissionais e da criação de uma rede de diálogos entre os serviços” (ANJOS-FILHO; SOUZA, 2017, p. 5).

Categoria 3: Prática profissional centrada no modelo biomédico

Um dos desafios posto nos textos, refere-se ao atendimento às pessoas em sofrimento psíquico de maneira centrada na visão biopsicossocial, tendo em vista que na prática profissional cotidiana muitas das vezes ainda é embasada no modelo biomédico, na visão do usuário apenas em seu processo saúde/ doença, utilizando a conduta medicamentosa como central no processo de recuperação.

Outra característica da prática voltada a intervenção biomédica, diz respeito à relação vertical dos serviços, onde a conduta médica psiquiátrica está no topo da pirâmide sendo colocados as outras profissões e suas intervenções de forma secundária, havendo o médico como detentor do conhecimento e melhor manejo para com os usuários de saúde mental.

[...] Embora exista um amplo reconhecimento sobre a pertinência do trabalho em equipe no contexto da atenção à saúde, o cotidiano da prática multiprofissional usualmente reitera a subordinação dos profissionais de saúde ao modelo biomédico, assim como a subordinação dos demais profissionais ao profissional médico. Mesmo aqueles com postura crítica em relação ao modelo médico hegemônico, tendem a secundarizar os demais saberes e ações, colocando-os na periferia do projeto assistencial e terapêutico (PESSOA, 2018, p. 697).

SUMÁRIO



No então ao propor a Reforma, tem-se como um dos pilares primordiais a relação multidisciplinar na qual tem uma intervenção pautada no preceito horizontal, o qual tem como princípio a paridade nas intervenções respeitando suas particularidades a depender da demanda encontrada no usuário, mas no intuito de complementaridade e discussão em conjunto da intervenção da demanda apresentada.

Sabe-se que a visão biomédica não está de acordo com o promulgado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica em que preconiza o atendimento destes usuários analisando os elementos biológico, social e cultural. Desse modo, a intervenção psicossocial proporciona uma visão integral do sujeito e do adoecer que compreende as dimensões biopsicossociais.

São muitos os desafios para a superação da intervenção pautada na prática biomédica. Sendo necessário pensar em estratégias para que nem os profissionais e os familiares dos usuários encontrem a única alternativa o aumento do uso de psicotrópicos, como única alternativa de tratamento. Mas pensar neste tratamento medicamentoso associado a outras intervenções que englobam a vida em sociedade, pactuando do meio que o cerca como caminho para o processo de cura. Sendo assim, o usuário de saúde mental necessita de novas alternativas de acolhimento e cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Política de Saúde Mental passou por vários avanços durante os anos, no entanto ainda há grandes desafios a serem superados. A partir da análise, ficou nítido os empecilhos que a equipe multidisciplinar de saúde mental encontra em seu dia-dia.

SUMÁRIO



Dentre eles, destaca-se a desarticulação da rede, mediante a falta de conhecimento pelos profissionais de como ocorre o fluxo dos serviços de saúde, bem como a necessidade da educação continuada destes profissionais como pressuposto de superar tais dificuldades. Desse modo, será através da capacitação das equipes que compõem a RAPS que possibilitará a superação do modelo biomédico, centrado na conduta médica no sentido vertical, o qual terá sua intervenção pautada apenas no processo saúde doença.

Por fim, capacitar os profissionais de saúde inseridos na rede de atenção psicossocial é urgente, sobretudo no que tange à transformação da gestão e cuidado em saúde mental. Há necessidade de tornar a prática próxima do usuário, a fim de garantir o resgate de sua autonomia e cidadania.

Nesse sentido, práticas como o matriciamento em saúde mental apresentam-se como inspirações à efetividade do diálogo interdisciplinar, pela partilha constante e troca de saberes entre os envolvidos na RAPS.

REFERÊNCIAS

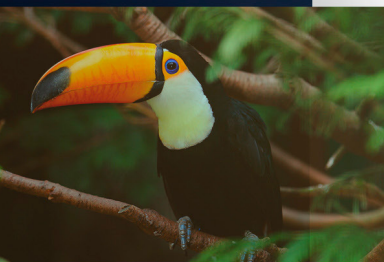
AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2011.

SUMÁRIO



CARVALHO, M. F. A. A.; *et al.* Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. **Rev Esc Enferm USP** · 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reeusp/v51/pt_1980-220X-reeusp-S1980-220X2016040703295.pdf. Acesso em: 21.08.2022

COELHO, N. A.; *et al.* A percepção dos profissionais sobre as ações de saúde mental na rede de atenção psicossocial em Belo Horizonte. **REME rev. min. enferm**; 25: e1416, 2021. Artigo em Inglês, Português | LILACS, BDEF - enfermagem (Brasil) | ID: biblio-1360654 Biblioteca responsável: BR21.2. Acesso em: 22.08.2022

MACHADO, K. S.; CAMATTA M. W. Apoio matricial como ferramenta de articulação entre a saúde mental e a atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.** v. 21, n. 2, p. 224-232. Rio de Janeiro, 2013.

PESSOA, K. L. V.; *et al.* Gestão do cuidado e interdisciplinaridade: desafios do cotidiano da atenção psicossocial. **Rev. Salud Pública.** 20 (6): 692-698, 2018. Disponível em: Acesso em: 20.08.2022.

QUERINO, R. A.; *et al.* Qual o elemento central na Rede de Atenção Psicossocial de um município de Minas Gerais? **Rev. Eletr. Enferm.**, 2020; 22:59352, 1-9. Disponível em: Acesso em: 22.08.2022

SCHRAN, L. S.; MACHINESKI, G. G.; RIZZOTTO, M. L. F.; CALDEIRA S. Percepção da equipe multidisciplinar sobre a estrutura dos serviços de saúde mental: estudo fenomenológico. **Rev. Gaúcha Enferm.** 2019. Disponível em: www.scielo.br/j/rgenf/a/j9zmCwWPFnkvGctzFjZLjDb/?lang=pt. Acesso em: 22 ago. 2022.

21

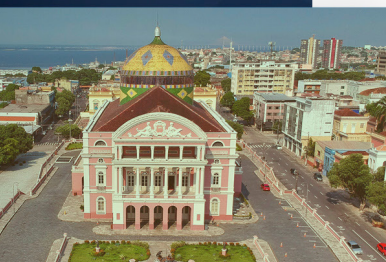
Paulo Victor da Cunha Ramos

Nely Cristina Medeiros Caires

A IMPORTÂNCIA DE CENTROS DE REFERÊNCIA MÉDICA ESPECIALIZADOS NO INTERIOR DO AMAZONAS:

análise situacional
do município de Itacoatiara/AM

SUMÁRIO

**Resumo:**

Neste artigo buscamos esclarecer a importância de atendimentos especializados de forma regionalizada, com enfoque nos dados da região do médio amazonas, cidade polo Itacoatiara. As informações de ações e serviços assistenciais especializados, bem como às estratégias de prevenção e promoção da saúde para um processo contínuo de pactuação e negociação entre os três entes federados, traduzindo-se numa co-gestão da rede de serviços que compõe o sistema de saúde, outro aspecto importante para a regionalização é a flexibilidade da compreensão a diversidade e dinâmica de cada local no planejamento que configura o desenho regional sanitário. Este trabalho teve como objetivo principal analisar dados secundários correspondentes à acessibilidade e acompanhamento dos usuários residentes no meio rural da cidade de Itacoatiara/AM aos serviços médicos especializados referentes ao ano de 2021. Constatou-se que embora tenha havido avanços no processo de regionalização em relação aos procedimentos médicos especializados, ainda faltam recursos humanos para atendimento nas áreas rurais e remotas e de difícil acesso e provimento de profissionais de saúde. Com isso concluímos que é preciso investir em um ambiente de trabalho bom e seguro, incluindo equipamentos e suprimentos adequados, supervisão de apoio e orientação, para tornar os postos de trabalho atraentes e, assim, aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas rurais. Melhorando a pactuação entre os municípios, garantindo assistência em saúde equânime para todos.

Palavras-chave: Regionalização da saúde; Negociação; Gestão em saúde.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

A regionalização de unidades médicas especializadas necessita de um desenvolvimento de estratégias, planejamento, administração, coordenação e regulação de financiamentos além de uma rede de ações e serviços de saúde em um determinado território, necessitando da participação e capacitação de gestores municipais para que haja efetividade na oferta dos serviços.

O que se presencia na prática, no entanto, é uma realidade bem diferente do proposto e esperado para as políticas públicas em saúde. Os principais desafios vivenciados pelos dilemas atuais pelo setor de saúde pública no Brasil são principalmente a má distribuição de profissionais de saúde entre áreas rurais e urbanas, entre capitais e interior, com destaque para os profissionais médicos. A elucidação deste problema e as evidências sobre os caminhos possíveis para enfrentar este desafio motivaram a formulação de recomendações por parte da Organização Mundial da Saúde (OMS) para políticas de recrutamento e fixação de médicos em áreas rurais ou remotas, com vistas ao aumento do acesso à saúde para essas populações (SILVEIRA *et al.*, 2014):

Ampliar o acesso da população às ações e serviços assistenciais, bem como às estratégias de prevenção e promoção da saúde passa por um forte e contínuo processo de pactuação e negociação entre os três entes federados, traduzindo-se numa co-gestão da rede de serviços que compõe o sistema de saúde. Nesta direção, a territorialidade expressa a relação da população com determinado espaço loco-regional. A territorialidade é uma referência fundamental para a regionalização qualificada e pode ser identificada pelos dados demográficos e epidemiológicos, pelo contexto histórico e cultural, pelos equipamentos sociais existentes, pelos movimentos de liderança local, pelas dinâmicas das redes de transporte e comunicação e outras

SUMÁRIO



dimensões que interagem no processo saúde/doença de determinada região. (TESSER, POLI, 2017).

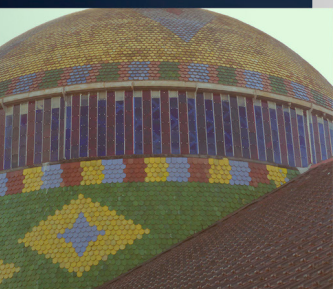
Outro aspecto importante para a regionalização é a flexibilidade. Este conceito diz respeito à compreensão e respeito à diversidade e dinâmica de cada local no planejamento que configura o desenho regional sanitário. A subsidiariedade é outro pressuposto da regionalização, e diz respeito ao princípio de não repassar a outra esfera de gestão uma responsabilidade que pode ser exercida localmente. (TESSER, POLI, 2017).

A regionalização na região Amazônica compreende um grande desafio dadas as peculiaridades como a dispersão demográfica e o vasto território banhado por extensas bacias hidrográficas e coberto pela maior floresta tropical do planeta. Tais fatores impõem severas desigualdades de acesso à saúde e outras distorções sociais em relação às demais regiões brasileiras (GUIMARÃES *et al.*, 2020).

Um outro desafio é o fato dos ribeirinhos (moradores da zona rural) terem sua vida imposta pelo “regime das águas”. Há dificuldades de deslocamento dependendo da época (chuvosa ou seca dos rios) o que compromete não só a subsistência, mas acesso a consultas de rotina ou deslocamento para capital para atendimentos de média ou alta complexidade.

A atenção especializada é importante para que haja efetividade e resolutividade, promovendo a assistência aos que dela necessitam, complementando para que o Sistema se aproxime de uma integralidade em seu funcionamento aos seus usuários. A razão da existência do SUS é também seu principal desafio: assegurar acesso resolutivo e humanizado a todo cidadão que procure atendimento, sem distinção de local de residência. É importante compreender que a implantação do SUS tem a marca das diferenças na formação histórica e cultural de cada região do país (BRASIL, 2016).

SUMÁRIO



Visando um melhor assistencialismo, foi proposto meios alternativos com o objetivo de melhorar a cobertura assistencial e atendimento aos usuários ribeirinhos do estado, a saber: incentivos em apoio à interiorização de profissionais na Amazônia, inclusão de equipes para atenção às populações ribeirinhas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e Telessaúde (PESSOA *et al.*, 2018).

Sendo assim, este trabalho propõe a analisar dados secundários correspondentes à acessibilidade e acompanhamento dos usuários residentes no meio rural da cidade de Itacoatiara/AM aos serviços médicos especializados.

REVISÃO TEÓRICA

O acesso à saúde é considerado um dos determinantes fundamentais da qualidade de vida e do desenvolvimento socioeconômico, sendo designado pelo Banco Mundial como um dos elementos de mensuração da pobreza multidimensional. O acesso à saúde influencia, entre outros aspectos da vida social, a dinâmica demográfica com impactos sobre a mortalidade e a expectativa de vida. Nesse sentido, pesquisas e políticas de saúde nas áreas rurais orientam-se na compreensão e redução dos efeitos das desigualdades nas condições de saúde, garantindo por exemplo, o acesso universal e integral ao sistema (GARNELO *et al.*, 2017).

Uma peculiaridade quando se fala em acesso aos serviços de saúde, diz respeito à necessidade de deslocamento para realização de tratamento de saúde de alta complexidade. O estado do Amazonas é o segundo estado do Brasil com a maior média de distância percorrida em busca de atendimento especializado: 462 quilômetros. Isso significa que em casos graves, a população amazonense é uma das mais

SUMÁRIO



distantes dos hospitais que podem tratar a doença. Em Roraima a média de km percorrido é de 471 quilômetros, enquanto no Mato Grosso o usuário percorre cerca de 370 quilômetros (REDAÇÃO 5;2021).

A oferta de serviços especializados é insuficiente e fragmentada e representa um dos principais entraves à regionalização, à conformação das RAS (REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE). Para ampliação da oferta de serviços especializados, fatores como o financiamento para manutenção necessária, o compartilhamento do protagonismo na condução da política de saúde e os consórcios representam uma das formas de provisão de serviços especializados, mas em si não garantem a integração da rede (IBGE, 2019).

A edição da Lei nº 141, de 13 de janeiro de 2012, instituiu mecanismos para a governança executiva regional resultante de pactuações intergestores. No artigo 21 posta que estados e municípios devem estabelecer formas legais de cooperativismo para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde. A lei define ainda os mecanismos de controle e os instrumentos do planejamento ao estabelecer, em seu artigo 30, os mecanismos para planejamento e orçamento ascendentes, estabelecendo planos e metas regionais e a relação deles com o Plano Estadual de Saúde e destes com o Plano Nacional de Saúde (DOURADO *et al.*, 2010).

Objetivando a diminuição das iniquidades em saúde relacionadas à população rural, foi publicada em 2013 a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), considerada um avanço para a garantia do direito e do acesso à saúde no SUS. A ampliação da APS como estratégia para a garantia do acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, é um dos eixos do Plano Operativo da PNSIPCF (BRASIL, 2013).

SUMÁRIO



Hoje, mais de 50% da população mundial é rural, mas apenas 23% dos profissionais de saúde atuam nesse meio. Além disso, 56% das pessoas que vivem na zona rural não são cobertas por serviços de Atenção Primária. Enquanto em Manaus há, por exemplo, um médico para 574 habitantes, no interior do Amazonas há um médico para 8.944 habitantes. Esses números mostram as diferenças entre rural e urbano no acesso à saúde. O número de pessoas que nunca foi atendido por um profissional de saúde é maior em áreas rurais (BRASIL, 2017).

Duas ações têm sido incentivadas em apoio à interiorização de profissionais na Amazônia: a inclusão de equipes para atenção às populações ribeirinhas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que possibilitou a construção de novas Unidades Básicas de Saúde Fluvial; na Amazônia Legal, que representa mais da metade do território nacional e onde coexistem modelos de ocupação muito diversos, parece racional e lógico pensar que o planejamento de ações públicas deva ser coerente e flexível o suficiente para dar conta das especificidades de cada um desses territórios, Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF), um modelo concebido a partir das características desse território, destacando a importância da iniciativa e protagonismo de atores locais, ao reconhecermos que esse lugar exige modelos de assistência em saúde que respondam a suas demandas singulares. (ALMEIDA *et al.*, 2019).

Uma possibilidade com vistas a diminuir as iniquidades em saúde é a inserção/implementação da Telessaúde. Se utilizada efetivamente pelos profissionais de saúde, pode reduzir o encaminhamento de pacientes aos grandes centros e melhorar o acesso da população a cuidados especializados, reduzindo custos em saúde. No Brasil, pesquisas que avaliam o impacto da Telessaúde das áreas rurais e remotas ainda são incipientes. As dificuldades de funcionamento das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) associadas à localização geográfica, tais como descargas elétricas irregulares, falta de uso devido à ausência de energia elétrica ou pela ausência de

SUMÁRIO



profissionais, precisam ser mais bem avaliadas, para que o investimento na proposta não seja em vão. O diagnóstico prévio sobre a infraestrutura apropriada para as TIC, a compatibilização dos locais que recebem essa tecnologia, além do envolvimento e da capacitação dos profissionais para lidar com elas são imprescindíveis para adaptação do local e/ou da tecnologia ao cenário das PCFA, de modo a não investir em uma estratégia que não poderá ser executada, como mostram os estudos nacionais (SHIMIZU *et al.*, 2021)

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva com a utilização de dados secundários oriundos do Plano Municipal de Saúde do município de Itacoatiara/AM (Gestão 2022-2025), além de dados secundários do IBGE e DATASUS. Para a descrição dos dados, realizou-se a tabulação e distribuição em gráfico e tabelas. Posteriormente, foi realizada a interpretação, a descrição da situação de saúde do município de Itacoatiara/AM.

Itacoatiara está na Região de Saúde do Médio Amazonas onde compreende seis municípios: Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Uruará e Urucurituba. O acesso à região é predominantemente fluvial através do Rio Amazonas e Rio Uatumã. Itacoatiara é o município de referência assistencial para a atenção especializada de média complexidade da região de saúde citada. Os Municípios que fazem parte da região de saúde do Médio Amazonas têm uma estimativa total de 185.257 habitantes.

SUMÁRIO



Figura 1 – Mapa da Região de Saúde do Médio Amazonas



Fonte: SUSAM/AM (2020) site: PlanejaSUSAM (saude.am.gov.br).

Com 99.955 habitantes, é o terceiro município mais populoso do Amazonas e, de acordo com o censo demográfico realizado pelo IBGE (2018), distante 271 km, também pelos rios Solimões e o Rio Negro, que formam o Rio Amazonas, ainda passam pela cidade, outros pequenos igarapés e lagoas que cortam a cidade contando com um considerável número de afluentes em suas redondezas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Estrutura do Sistema de Saúde

O município de Itacoatiara vem ao longo dos anos se organizando para estruturar e consolidar cada vez mais a Atenção Básica. Atualmente possui 15 Unidades Básicas de Saúde e 3 unidades de apoio cadastradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de

SUMÁRIO



Saúde (CNES) do município, sendo 7 na zona urbana e 08 na zona rural; conta com 25 Equipes de Saúde da Família, e são 03 equipes ribeirinhas, 22 equipes de Saúde Bucal, 05 equipes de NASF e 02 equipes de Agente Comunitário de Saúde, 01 Equipe Prisional. (Plano de Saúde 2022/2025), conforme descrito na Tabela 1.

Tabela 1 - Estrutura do Sistema de Saúde (2021) – Itacoatiara/AM

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE – Itacoatiara/AM, 2021	
ÁREA URBANA:	ÁREA RURAL
UBS Manoel Mendes	UBS Maria da Paz Litaiff
UBS José Resk	UBS Izolina Cardoso Santa Rosa
UBS Nicolas Euthemes	Unidade de Apoio Vila do Batista
UBS Santo Antônio	Unidade de Apoio
UBS Paulo Gomes	Unidade de Apoio São José
UBS Bernardino Dessimoni	UBS Manoel Eloi
UBS Sistema Prisional de Itacoatiara (Fem e Masc)	UBS Waldionor de Abreu – SUDAM
	UBSF Ana Araújo
	UBS Francisco Athayde
	UBS José Alexandre
	UBS Expedita Holanda
	UBS Eudócia de Oliveira

Fonte: Próprio autor, 2022.

Buscando diminuir as distâncias dos usuários para atendimentos médicos básicos de saúde visando condições dignas de consultas, estão situadas unidades de apoio e UBS em comunidades mais distantes do município com o intuito de abranger e melhorar a vida do usuário ribeirinho, com objetivo de diminuir a locomoção do usuário evitando assim percorrer longas e cansativas viagens.

SUMÁRIO



Rede de urgência/ emergência

O município de Itacoatiara conta com um Hospital Regional que atende todas as internações locais com 110 leitos, todos SUS, correspondendo a 1,1 leitos por habitante. De acordo com a Portaria GM nº 1101 de 12/06/2002, o parâmetro de necessidade de leitos hospitalares é de 2,5 a 3 leitos para cada 1.000 habitantes, o que, para o município, representaria a necessidade de 250 a 300 leitos. Dessa forma o número de leitos existentes não supre as necessidades do município. Contudo, vale ressaltar, que o número de leitos existentes, tem ficado com ocupação abaixo de 80% (Plano de Saúde 2022/2. A descrição do número de leitos disponibilizados por Especialidade Médica está descrita na Tabela 1. O maior número de leitos é disponibilizado para a Clínica Obstétrica (n=26), seguido pelas Clínicas Pediátrica (n=20), e Pronto-Socorro (n=20).

Tabela 1 – Distribuição dos leitos hospitalares em Itacoatiara/AM em 2021

Tipo	Leitos
Clínica Cirúrgica	12
Clínica Médica	10
Clínica Pediátrica	20
Pronto Socorro	20
Clínica Rosa SEMI (UTI)	14
Clínica obstétrica	26
Centro Cirúrgico	4
UTI Neonatal	4
Total	110

Fonte: SCNES/MS2021.

SUMÁRIO



A tabela 2 apresenta o total de leitos disponibilizados pela única Unidade de Pronto Atendimento UPA 24 horas do município. A pandemia da COVID-19, que demandou enorme e rápida reorganização assistencial, com ênfase no número de leitos de cuidados intensivos, e, por conseguinte, equipamentos e força de trabalho qualificada, não só mudou a carga de doenças, passando as infecções COVID-19 a serem a primeira causa de morte registrada recentemente, como também reforçou a necessidade de discussão acerca da assistência hospitalar no Brasil. Obviamente a grave situação sanitária atual, com a maior proporção de óbitos do mundo, precisa ser enfrentada. No entanto, é preciso enfrentar também o histórico de insuficiências estruturais, políticas e da ciência no que tange à atenção hospitalar no Brasil. Assim sendo, a discussão estrutural e sistêmica da atenção hospitalar é impositiva para a sustentabilidade social do SUS e para a garantia dos direitos constitucionais. Ademais, deve ser, sobretudo, realizada num misto de ações políticas, sociais, econômicas e científicas que, de forma articulada e complementar, desenvolvam estratégias de análise e proposições para a atenção hospitalar com foco no enfrentamento dos paradoxos do acesso qualificado e em tempo oportuno. (SANTOS *et al.*, 2021).

Tabela 2 – Distribuição dos leitos na UPA 24h em Itacoatiara/AM em 2021

Urgência	3
Observação	6
TOTAL	9

Fonte: SCNES/MS 2021.

Fundamental que a Gestão tenha investimento para desenvolver capacidade técnica, a fim de conduzir a Atenção a Saúde, de forma a dar respostas para a realidade epidemiológica do município, com necessidade de ampliação de números de leitos, para suprir a demanda local, assim como, dos municípios do polo, para que possa corresponder aos princípios e diretrizes do SUS. Vale ressaltar, que a

SUMÁRIO



Gestão deve viabilizar estratégias de acesso à população rural, com ações contínuas que garantam as ações de Prevenção, Promoção e Reabilitação. É imprescindível que a Atenção à Saúde aos Ribeirinhos seja ampliada e continua com destaque a área rurais, onde no período da seca tem áreas de difícil acesso e com distâncias que interferem no deslocamento da população para a zona urbana.

Rede de atenção especializada centro especializado em Reabilitação - CER

A tabela 3 representa a produção na rede especializada do município no período de 2016 a 2020. Constatamos que as ações coletivas em saúde tiveram diminuição drástica no ano de 2018 e 2020. Em 2020 este fato é justificado pela pandemia, onde somente os procedimentos de urgência e emergência eram priorizados. Nos chama a atenção a realização de procedimentos e diagnósticos em Hemoterapia no de 2020, o que não ocorreu nos anos anteriores, representando um ponto de acesso do município aos pacientes que necessitam deste serviço. A demanda por todos os procedimentos especializados foi alta e entende-se que o município disponibiliza o atendimento necessário não só na atenção primária, mas atenção secundária e terciária.

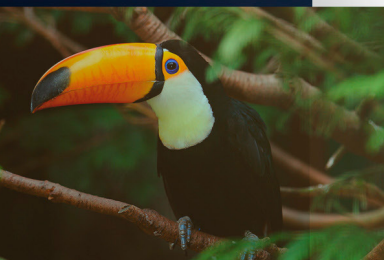
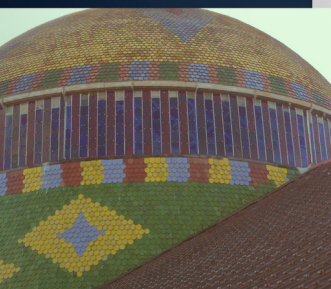
SUMÁRIO



Tabela 3 – Produção ambulatorial na Rede de Atenção Especializada em Itacoatiara-AM

Produção Ambulatorial - Rede de Atenção Especializada						
Procedimentos	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
0101 Ações coletivas/individuais saúde	1.179.734	665.284	8.969	15.879	9.611	1.879.477
0102 Vigilância em Saúde	2.136	10.695	29.832	27.271	20.098	90.032
0201 Coleta de material	49.089	61.390	75.494	73.745	69.743	329.461
0202 Diagnóstico em laboratório clínico	325.993	1.402.163	382.891	368.232	401.530	2.880.809
0204 Diagnóstico por radiologia	334.080	1.065.766	22.175	22847	19.991	1.464.859
0205 Diagnóstico por ultrassonografia	2.243	2.843	5.394	6.430	4.533	21.443
0206 Diagnóstico por tomografia	18	0	0	0	0	18
0209 Diagnóstico por endoscopia	4	3	4	112	268	391
0211 Métodos diagnósticos em especialidades	2.737	2.318	5.353	5.246	5.445	21.099
0212 Diagnóstico e procedimento especiais em hemoterapia	0	0	0	0	276	276
0213 Diagnóstico em vigilância epidemiológica e ambiental	0	65	98	70	117	350
0214 Diagnóstico por teste rápido	14.474	13.157	245	255	32	28163
0301 Consultas / Atendimentos/ Acompanhamentos	820.197	1.106.137	1.121.673	861.197	623.172	4.532.376
0302 Fisioterapia	4.445	6.500	31.188	55.234	38.502	135.869

SUMÁRIO



0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.715	2.319	2.319	8.748	859	8.960
0306 Hemoterapia	0	0	0	0	1.243	1.243
0307 Tratamentos odontológicos	24.339	16.420	3.864	7.886	2.189	54.698
0309 Terapias especializadas	0	73	43	21	10	147
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutânea e mucosa	22.339	9.511	2.148	5.992	5.987	46.371
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, da face, da cabeça, e do pescoço	31	14	498	806	4%	1.613
0405 Cirurgia do aparelho da visão	0	0	0	27	540	567
0406 Cirurgia do aparelho circulatório	0	6	0	0	0	6
0407 Cirurgia do aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	194	161	242	684	171	1.452
0408 Cirurgia do sistema osteomuscular	0	4	0	0	1	5
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	0	25	2	0	1	28
0412 Cirurgia torácica	0	0	0	1	0	1
0414 Bucomaxilofacial	10.431	5.747	2.015	2.782	1.593	22.567
0417 Anestesiologia	0	0	0	102	977	1.079
0702 Órteses, próteses e materiais especiais relacionados ao ato cirúrgico	0	0	5	0	0	5

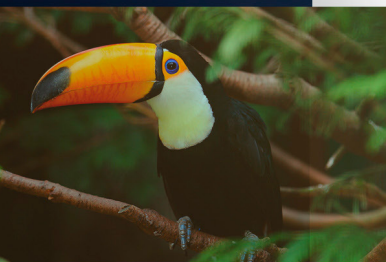
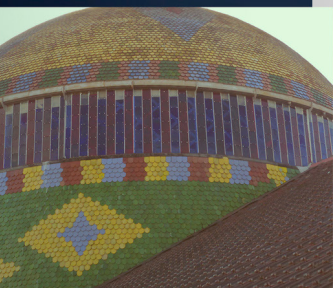
Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET).

Tabela 4 - Produção Hospitalar (AIH) - Hospital Regional José Mendes 2016 a 2020

Procedimentos	2016	2017	2018	2019	2020	TOTAL
0301 Consultas/Atendimentos/ Acompanhamentos	0	0	0	0	58	58
0303 Tratamentos clínicos (outras especialidades)	1.144	1.668	1.514	1.412	1.650	7.388
0304 Tratamento em oncologia	0	0	0	0	4	4
0305 Tratamento em nefrologia	26	44	37	52	29	188
0308 Tratamento de lesões, envenenamentos e outros, decorrentes de causas externas	19	41	49	61	108	278
0310 Parto e nascimento	1.449	1.287	1.336	1.219	1.243	6.534
0401 Pequenas cirurgias e cirurgias de pele, tecido subcutâneo e mucosa	1	3	3	6	5	18
0402 Cirurgia de glândulas endócrinas	1	0	0	0	0	1
0403 Cirurgia do sistema nervoso central e periférico	0	2	1	3	0	6
0404 Cirurgia das vias aéreas superiores, face, da cabeça e do pescoço	0	4	2	2	1	9
0405 Cirurgia do aparelho da visão	0	0	1	173	0	174
0406 Cirurgia do Aparelho circulatório	0	2	1	0	0	3
0407 Cirurgia do Aparelho digestivo, órgãos anexos e parede abdominal	416	209	384	320	308	1.637
0408 Cirurgia do Sistema Osteomuscular	1	59	114	123	142	439
0409 Cirurgia do aparelho geniturinário	150	65	115	93	72	495
0410 Cirurgia de Mama	1	2	4	3	2	12
0411 Cirurgia Obstétrica	669	714	885	870	837	3.975
0412 Cirurgia torácica	1	23	16	26	20	86
0413 Cirurgia reparadora	1	46	20	14	14	95
0414 Bucomaxilofacial	0	0	1	0	0	1
0415 Outras cirurgias	2	7	7	7	2	25

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade (MS/SVS/CGIAE/SIM-TABNET).

SUMÁRIO



SUMÁRIO



Os Municípios que fazem parte da região de saúde do Médio Amazonas têm uma estimativa no total de 185.257 habitantes, onde compreende seis municípios:

Itacoatiara, Itapiranga, São Sebastião do Uatumã, Silves, Uruará e Urucurituba. Há necessidade de ampliação dos centros de especialidades, das equipes de saúde especializados, de organizar a rede de atenção promovendo interação com rede de atenção primária e saúde com os Centros de Referência especializados. O financiamento é outro ponto nodal, pois o repasse de recursos deveria ser diferenciado pelo porte do município, ou maior percentual de população em condições de vulnerabilidade. O isolamento geográfico e profissional deve considerar a implementação. O aumento do número de profissionais nessas áreas está relacionado com a existência de políticas públicas que alcancem além do provimento emergencial. É preciso investir em um ambiente de trabalho bom e seguro, incluindo equipamentos e suprimentos adequados, supervisão de apoio e orientação, para tornar os postos profissionais atraentes e, assim, aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais (PESSOA *et al.*, 2018).

O Hospital Regional de Itacoatiara-Am, embora realize vários tipos de procedimentos, no período de 2016 a 2020, os procedimentos mais realizados foram o de parto e Nascimento ($n=6534$) e Cirurgia Obstétrica ($n=3975$), conforme descrito e apresentado na Tabela 4.

A Rede de Urgência e Emergência no país, em 10 anos de sua implantação, pôde não ter alcançado o mesmo êxito, embora na época de sua criação sua principal justificativa tenha sido a superlotação dos serviços de urgência, com investimentos e custeio para ampliação e qualificação de leitos de UTI. Isso demonstra que, embora houvesse normativas para viabilização e superação da escassez desse tipo de infraestrutura para o cuidado intra-hospitalar, mecanismos político-administrativo-econômicos não foram suficientes para sua plena implementação. Fica a dúvida se essa rede tivesse sido implementada com

SUMÁRIO



sucesso ter-se-ia, no período de pandemia, a mesma intensa necessidade de criação de novos leitos de UTI. Entretanto, considerando que já foram abertos esses leitos durante a pandemia, faz-se extremamente prudente a sua manutenção na rede de serviços SUS, ao menos em parte, como uma estratégia de superação das insuficiências estruturais em saúde. Para tal, há que se possa ter governança regional criteriosa e efetiva para o planejamento da manutenção destes leitos, sendo também fundamental sua viabilização econômica, essencialmente por meio de recursos federais (SANTOS *et al.*, 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa apontaram avanços significativos na regionalização de procedimentos médicos especializados, mas também a identificação de uma série de desafios que precisam ser analisados, envolvendo o risco de estruturação de formas de construir o processo da regionalização com nuances burocráticas e fragmentadas.

As áreas rurais e remotas são áreas de difícil provimento de profissionais de saúde. O aumento do número de profissionais nessas áreas está relacionado com a existência de políticas públicas que alcancem além do provimento emergencial. É preciso investir em um ambiente de trabalho bom e seguro, incluindo equipamentos e suprimentos adequados, supervisão de apoio e orientação, para tornar os postos profissionais atraentes e, assim, aumentar o recrutamento e retenção de profissionais de saúde em áreas remotas e rurais. Melhorando a pactuação entre os municípios, melhorando os cenários rurais e remotos para os próximos anos são diversos e complexos, mas não são desconhecidos, possibilitando o planejamento estratégico do Estado brasileiro para mitigar as adversidades e construir intervenções solidárias e promotoras de saúde e qualidade de vida dos ribeirinhos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P, F; Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2019, v. 24, n. 12, p.

ARRUDA, N, M; MAIA, A. G.; ALVES, L, C; Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n.6, p. 1-14, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Telessaúde para a Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. 1. ed.; 1. reimp. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 48 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

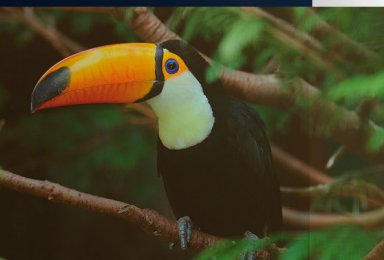
DOURADO D, A; Elias P, E, M, 2011; Regionalização e dinâmica política do federalismo sanitário brasileiro. **Rev Saúde Pública**, 2011, v.45, n.1, p. 204-211.

DUARTE, L.S; MENDES, A.N; LOUVISON, M, C, P; O processo de regionalização do SUS e a autonomia municipal no uso dos recursos financeiros: uma análise do estado de São Paulo (2009-2014). **Saúde Debate**, v. 42, n. 116, p. 25-37, jan-mar 2018.

GARNELO, L; SOUSA, A, B, L; SILVA, C, O; Regionalização em Saúde no Amazonas: Avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.22, n.4, p.1225-1234, 2017.

GUIMARÃES, A, F; BARBOSA, V, L, M; SILVA; Mariana P; PORTUGAL J, ,K,A; REIS, SILVA, M, H,.; GAMA, MURI, A, S,. Acesso a serviços de saúde por ribeirinhos de um município no interior do estado do Amazonas, Brasil; **Rev. Pan. Amaz. Saúde** 2020;n.11,p. e202000178

SUMÁRIO



SUMÁRIO



IBGE, Diretoria de Geociências, Coordenação de Geografia, Regiões de Influência das Cidades, 2018.

KADRI, E, I, M.R; Santos, BS; Lima RTS; Schweickardt JC; Martins F.M. Unidade Básica de Saúde Fluvial: um novo modelo da Atenção Básica para a Amazônia, Brasil. Interface (Botucatu). 2019; v.23.

PESSOA, V, M; ALMEIDA, C, M, M; FERREIRA, F; Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil. **Saúde em Debate**. 2018, v. 42.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE; PREFEITURA MUNICIPAL DE ITACOATIARA; gestão 2022-2025.

REDAÇÃO 5; **Telessaúde Assegura Atendimento Especializado no Interior do Amzonas**;Manaus;24 de Maio 2021; disponível em ``Telessaúde assegura atendimento especializado no interior do Amazonas - Correio da Amazônia (correiodaamazonia.com); Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, acessado: 03/07/2022, hora 12:40.

SANTOS, A, O; LOPES, L, T; **Acesso e cuidados especializados** – Brasília. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021.342 p. – (coleção Covid 19; v.5).

SILVA, C, R; CARVALHO, B,G; JUNIOR,L.G; NUNES, E,F,P,A; **Dificuldade de acesso a serviços de média complexidade em municípios de pequeno porte: um estudo de caso** - Universidade Estadual do Norte do Paraná, 2016. p. 1109-1120.

SILVEIRA, R, P; PINHEIRO, R; Entendendo a Necessidade de médicos no Interior da Amazônia – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.4, p. 451-459; 2014.

SHIMIZU, H, E; CARVALHO, A.L.B; JUNIOR, N.B; CAPUCCI, R.R; Regionalização da saúde no Brasil na perspectiva dos gestores municipais: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26(Supl. 2), p.3385-3396, 2021.

TESSER, C.D., POLI, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 3, p. 941-951, 2017.

22

Vânia Marília Lima Guida

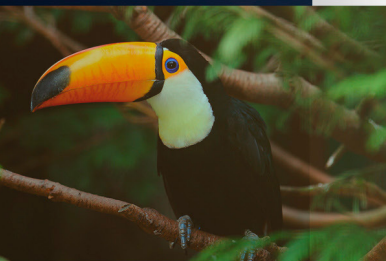
Isabel Cristina Bento

**PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES
DE ATENÇÃO BÁSICA NA ATENÇÃO
AO PORTADOR DE DIABETES MELLITUS
NA REGIÃO METROPOLITANA DE MANAUS:**

PMAQ-AB/2017

DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.96139.22

SUMÁRIO

**Resumo:**

A avaliação dos processos de trabalho da Atenção Básica de Saúde (ABS) quanto a atenção ao portador de Diabetes é importante, não somente para a gestão dos serviços, mas para uma melhor saúde desses indivíduos. Objetivou-se analisar o processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica quanto à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus (DM) na Região Metropolitana de Manaus, no ano de 2017. Realizaram-se análises descritivas das variáveis, assim como teste qui-quadrado, com 5% de significância. Percebeu-se baixas proporções de adequação do processo de trabalho, uma vez que nenhuma das atividades atingiu 100%. Manaus foi o município com a maior porcentagem de processo de trabalho adequado (52,16%), e o porte populacional (valor-p=0,007) foi uma característica que pode influenciar no processo de trabalho adequado das equipes de atenção básica nos municípios da região metropolitana de Manaus. O processo de trabalho das Equipes de ABS quanto à atenção às pessoas com DM na Região Metropolitana de Manaus não são ideais, ainda é preciso melhorias. Observou-se que mais estudos são necessários para se verificar os fatores que estejam relacionados aos processos de trabalho da Região Metropolitana de Manaus, mas esse foi o primeiro passo.

Palavras-chave: Atenção Básica de Saúde; Gestão em saúde; Cuidados; Diabetes Mellitus.

SUMÁRIO

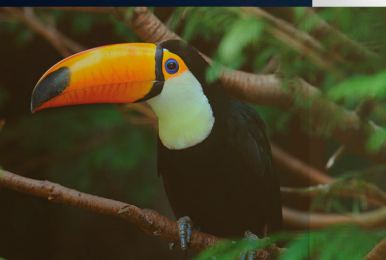
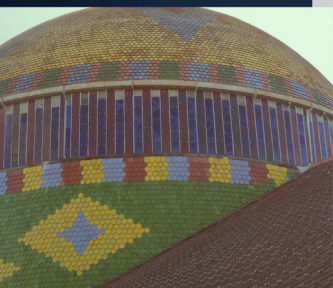
INTRODUÇÃO

A avaliação dos processos de trabalho da Atenção Básica de Saúde (ABS) é de grande importância para a gestão dos serviços, podendo melhorar a capacidade organizacional da mesma, proporcionar mais transparência, melhorar a comunicação e informação com os usuários e com a atenção especializada (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015).

Visando melhorar a qualidade da ABS, surge em 2011, por meio da portaria nº 1.654 GM/MS, o Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB) (BRASIL, 2011). Este programa tem como propósito melhorar a capacidade de gestão, com vistas a analisar o acesso e a qualidade das ações da ABS e deste modo aumentar a qualidade dos serviços prestados pela mesma, conferindo transparência e efetividade às ações voltadas para seus usuários (BRASIL, 2015).

A melhoria dos serviços de saúde é uma questão de grande relevância para o cenário Brasileiro atual, em que se observa o processo de envelhecimento da população, o sedentarismo e o processo de urbanização (BRASIL, 2006; FLOR; CAMPOS, 2017). Estes fatores têm contribuído para o aumento da prevalência das Doenças Crônicas não transmissíveis (DCNT), dentre elas o Diabetes Mellitus (DM), acarretando gastos em saúde, cada vez maiores, para o paciente e para o Sistema de Saúde Público (BRASIL, 2006; FLOR; CAMPOS, 2017).

O DM tem apresentado elevadas taxas de morbidade e de mortalidade, sendo um problema de saúde pública (ALVES, 2016; FLOR; CAMPOS, 2017). Segundo dados do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), no ano de 2017, o diagnóstico do diabetes na população adulta (≥ 18 anos), nas capitais brasileiras, aumentou com a idade



SUMÁRIO



(BRASIL, 2017). Deste modo, acredita-se que o cuidado adequado aos indivíduos portadores de diabetes na ABS, principalmente os mais idosos, é primordial para reduzir custos com os serviços especializados, com os serviços de urgência e com os medicamentos.

A gestão e organização dos serviços da atenção básica são pontos estratégicos para o fortalecimento da ABS, que oferecem ações voltadas à prevenção e manejo das complicações de saúde e diferentes doenças, principalmente o DM. Os serviços da ABS podem contribuir para minimizar as complicações e melhorar os cuidados do DM, contribuindo para uma melhor qualidade de vida desses pacientes (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2020; MENDES, 2012).

Sendo assim, acredita-se que estudos como este podem ser de grande valia para a oferta de novos elementos de análise e reflexões sobre o planejamento das ações e processo de trabalho das equipes de ABS, a fim de se alcançar uma melhor qualidade de seus serviços. E para que isso ocorra é necessária uma melhor organização do processo de trabalho das equipes de atenção básica, a partir do planejamento de suas atividades (MANGUEIRA, 2016).

Além disso, o estudo pode ser um ponto de partida para a elaboração de novas propostas de trabalho para os profissionais, atualização de protocolos de serviços relacionados ao cuidado com o Diabético, bem como novas políticas de saúde para esses usuários (MANGUEIRA, 2016).

Diante do exposto, o objetivo geral deste estudo foi analisar o processo de trabalho das Equipes de ABS quanto à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus na Região Metropolitana de Manaus, no Estado do Amazonas, no ano de 2017. Teve como objetivos específicos: verificar o percentual das atividades relacionadas à organização dos serviços realizados no processo de trabalho das Equipes de atenção básica, dos municípios da Região Metropolitana de Manaus, no

SUMÁRIO



Estado do Amazonas, no ano de 2017; classificar o processo de trabalho das equipes de saúde básica quanto à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus, por municípios da Região Metropolitana de Manaus, no Estado do Amazonas em 2017; e verificar a distribuição das equipes de atenção básica segundo porte populacional, Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal e cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família dos municípios da Região Metropolitana de Manaus, no Estado do Amazonas, no ano de 2017.

REVISÃO TEÓRICA

Atenção básica e os cuidados com os portadores de diabetes mellitus

No Brasil, para a população ter acesso aos primeiros serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) é preciso utilizar o que se chama “porta de entrada” que representa o atendimento inicial realizado pela ABS (BRASIL, 2011). Este serviço é caracterizado por um conjunto de ações realizadas de forma individual e coletiva, o qual promove a proteção à saúde, prevenção a agravamentos, oferecendo também o diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde dos usuários. A ABS objetiva desenvolver a atenção à saúde de forma integral e contribuir para a autonomia das pessoas, o que irá impactar diretamente nos determinantes e condicionantes da saúde coletiva da população (BRASIL, 2017), bem como nas suas condições de saúde (BRASIL, 2014), principalmente aqueles com DM.

A ABS oferece aos pacientes com DM alguns serviços importantes, dentre eles: o controle das alterações do metabolismo e a prevenção das complicações decorrentes da doença, o que promove uma melhora na qualidade de vida. Ademais, a ABS trabalha com a

SUMÁRIO



associação entre as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Estas englobam as orientações em relação à importância do cuidado com a alimentação, da realização de atividade física, por meio de ações assistenciais, educativas (FEITOSA; PIMENTEL, 2016) e de autocuidado, que geram um controle na relação entre a doença e a prevenção de suas complicações (DE ALMEIDA; DE ALMEIDA, 2018).

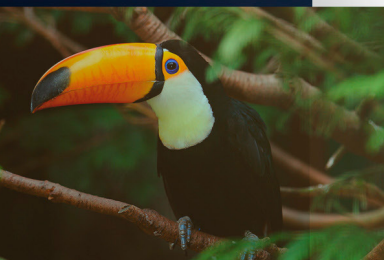
A avaliação da atenção básica por meio do PMAQ

O PMAQ-AB “fomenta a institucionalização da cultura de avaliação pautada no fortalecimento de iniciativas que reconheçam a qualidade dos serviços de saúde” (MEDRADO; CASANOVA; OLIVEIRA, 2015, p. 1034), e deste modo estimula o acesso aos serviços de saúde nos diferentes contextos do Brasil.

Esse programa apresentou 3 ciclos que duram em média 24 meses, sendo compostos das seguintes fases: adesão e contratualização, certificação e a recontratualização. Tem-se ainda, um conjunto de ações desenvolvidas durante todo o ciclo chamado de Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento, composto por cinco pilares: autoavaliação, apoio institucional, monitoramento de indicadores de saúde, educação permanente e cooperação horizontal (BRASIL, 2017).

A adesão ao programa era realizada pelo gestor municipal por meio do preenchimento de formulário online disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), assinatura e em seguida o envio do mesmo ao MS. O referido documento possuía várias ações, envolvendo pactuação local, com metas e objetivos a serem atingidos com autonomia e responsabilidades pelas partes envolvidas. Além disso, uma importante orientação do MS era que o gestor deveria pactuar com os profissionais da unidade de saúde e discutir o termo de compromisso (BRASIL, 2017).

SUMÁRIO



O Programa buscava garantir um padrão de qualidade que pudesse ser comparável nacional, regional e localmente, conferindo uma maior transparência e efetividade as ações nas três esferas de governo (BRASIL, 2015). A qualidade é a possibilidade de melhorar a oferta de um determinado serviço e/ou produto a fim de garantir maior satisfação e alcançar as expectativas dos usuários (CHURCHILL, 2017).

E pensando em avaliar a qualidade dos serviços de saúde três aspectos são importantes: a estrutura, o processo de trabalho e os resultados. A avaliação da estrutura abrange a capacidade instalada do serviço de saúde, os recursos físicos, materiais e humanos. A avaliação do processo, por sua vez, relaciona-se propriamente ao trabalho desenvolvido pelo profissional de saúde e a avaliação dos resultados aos efeitos das intervenções/procedimentos sobre o estado de saúde do usuário (FERREIRA, 2018 *apud* DONABEDIAN, 1984, 1990).

Todas as informações coletadas contribuem para, por exemplo, avaliar a eficiência e dificuldades em relação às ações, monitoramento das situações de saúde em uma determinada área geográfica, com vistas a ter planejamento das ações de saúde que poderão melhorar os serviços oferecidos a uma determinada população (SEIDL, 2014). Um estudo realizado na 28ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul mostrou que o PMAQ-AB trouxe a prática do acolhimento e isso acabou refletindo diretamente na assistência à saúde, trazendo mudanças na organização, o que melhorou o acesso dos usuários (FLÔRES *et al.*, 2018).

METODOLOGIA

Este é um estudo transversal, que utilizou dados secundários da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ-AB referente à Região Metropolitana de Manaus, no Estado do Amazonas, no ano de 2017. Estes

SUMÁRIO



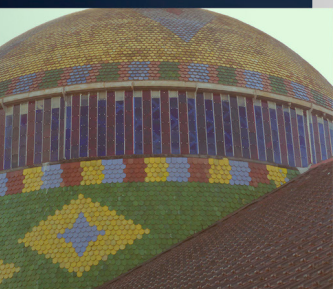
dados estão disponíveis no sítio eletrônico do Ministério da Saúde - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2017).

O local da pesquisa foi a Região Metropolitana de Manaus, capital do Estado do Amazonas, localizada na região Norte do Brasil, como uma área territorial de 11.401,092 km². A Região Metropolitana de Manaus é composta por 13 municípios, sendo eles: Manaus, Presidente Figueiredo, Novo Airão, Iranduba, Manacapuru, Rio Preto da Eva, Itacoatiara, Careiro da Várzea, Autazes, Careiro Castanho, Itapiranga, Manaquiri e Silves (MANAUS, 2007).

O universo desta pesquisa foram as equipes de atenção básica da Região Metropolitana do Estado do Amazonas que realizaram atendimento à população com Diabetes Mellitus. O desfecho de interesse foi o processo de trabalho das Equipes de atenção básica na atenção ao portador de Diabetes Mellitus, categorizado como “inadequado” e “adequado”.

Com relação ao instrumento de coleta de dados, este correspondeu àquele utilizado para a avaliação externa das equipes de Atenção Básica, estando organizado em seis módulos: Módulo I – observação da Unidade, cujo objetivo é avaliar a infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos disponibilizados na unidade; Módulo II – entrevista com o profissional da equipe de ABS e verificação de documentos, o qual tem por objetivo avaliar o processo de trabalho ali realizado, organização do serviço oferecido e os cuidados com os usuários. Módulo III – entrevista com o usuário na unidade, para se verificar o grau de satisfação e a percepção em relação aos serviços oferecidos; Módulo IV- entrevista com profissional do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e verificação de documentação, cujo objetivo é avaliar o processo de trabalho e os cuidados em relação aos usuários; Módulo V – observação na Unidade Básica de Saúde (UBS) para a Saúde Bucal, cujo objetivo é avaliar a infraestrutura, materiais, insumos de odontologia;

SUMÁRIO



Módulo VI – entrevista com o profissional da Equipe da Saúde Bucal, para verificar documentação e avaliar o processo de trabalho, organização e os cuidados dispensados aos usuários (BRASIL, 2013).

Foram utilizadas as seguintes questões do módulo II do PMAQ, categorizadas como “não”, e “sim”: a equipe utiliza protocolos para estratificação de risco dos usuários com diabetes?; a equipe possui registro de usuários com diabetes com maior risco/gravidade?; a equipe utiliza alguma ficha de cadastro ou acompanhamento de pessoas com Diabetes mellitus?; a equipe coordena a fila de espera e acompanhamento dos usuários com diabetes mellitus que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção?; a equipe possui o registro dos usuários com diabetes de maior risco/gravidade encaminhados para outro ponto de atenção?; a equipe programa as consultas e exames de pessoas com Diabetes mellitus em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado?; a equipe realiza exame do pé diabético periodicamente nos usuários?; a equipe realiza exame de fundo de olho periodicamente?.

Como variáveis exploratórias foram utilizadas: o porte populacional, por habitantes no município no ano de 2017 (muito pequeno - até 10.000, pequeno - 10.001 a 30.000, médio - 30.001 a 100.000, grande - 100.001 a 300.000, muito grande - mais de 300.000) (IBGE, 2017); o Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal do ano de 2016 (IFDM), que tem como objetivo avaliar o desenvolvimento dos municípios nas áreas: de saúde, educação, emprego, renda e foi classificado como: Municípios com IFDM entre 0,0 e 0,4 (baixo estágio de desenvolvimento); Municípios com IFDM entre 0,4 e 0,6 (desenvolvimento regular); Municípios com IFDM entre 0,6 e 0,8 (desenvolvimento moderado); Municípios com IFDM entre 0,8 e 1,0 (alto estágio de desenvolvimento) (FIERJ, 2016); e a cobertura populacional da ESF no ano de 2017 (\leq 50%, 50,1 a 75,0%, 75,1 a 99,9%, 100%) (BRASIL, 2017).

SUMÁRIO



A coleta de dados foi realizada por entrevistadores treinados, que utilizaram *tablets* com formulários eletrônicos. No 3º ciclo do PMAQ-AB participaram 5.324 municípios, dos quais 30.346 eram Unidades Básicas de Saúde, 38.865 Equipes de Saúde de Atenção Básica e 4.110 Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (BRASIL, 2019).

Os dados se encontravam em planilhas do *Microsoft Office Excel®* (*Microsoft Corp. Estados Unidos*) e foram transferidos para o *Software Stata®* (*Stata Corp LLP, College Station, TX*) versão 16.0. Realizaram-se análises descritivas das variáveis, assim como teste qui-quadrado, com 5% de significância, para verificar as diferenças na distribuição das características sociodemográficas e de cobertura populacional da estratégia de saúde da família dos municípios da Região Metropolitana de Manaus participantes da avaliação externa do PMAQ-AB – 3º ciclo, segundo o processo de trabalho das Equipes de Saúde relativo à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus.

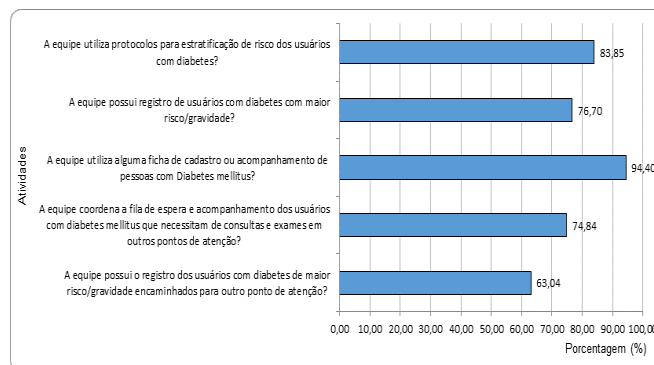
Uma vez que este estudo utilizou dados de acesso aberto, não houve necessidade de registro ou aprovação em Comitê de ética e Pesquisa, estando assim, em conformidade com a Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

ANÁLISE DOS DADOS

Fizeram parte desse estudo 322 equipes da atenção básica pertencentes à Região Metropolitana de Manaus, que participaram do 3º ciclo do PMAQ-AB, sendo que 86,65% apresentaram um processo de trabalho inadequado e 13,35% um processo de trabalho adequado.

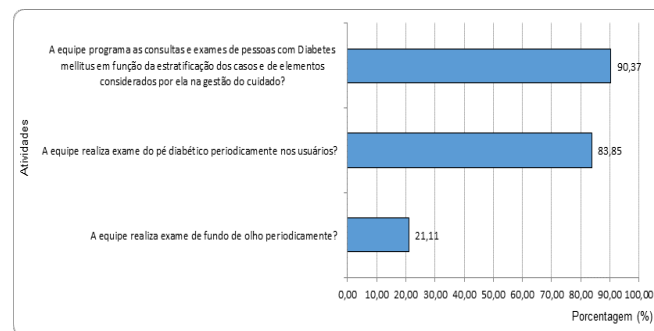
SUMÁRIO

Gráfico 1 - Percentual das atividades relacionadas à organização dos serviços realizados no processo de trabalho das Equipes de Saúde quanto à atenção as pessoas com Diabetes Mellitus – PMAQ-AB, 3º ciclo, Municípios da Região Metropolitana de Manaus, 2017 (n= 322)



Fonte: PMAQ-AB - 3º ciclo – 2017.

Gráfico 2 - Percentual das atividades relacionadas à gestão dos serviços realizados no processo de trabalho das Equipes de Saúde quanto à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus – PMAQ-AB, 3º ciclo, Municípios da Região Metropolitana de Manaus, 2017 (n= 322)



Fonte: PMAQ-AB - 3º ciclo - 2017.

O Gráfico 1 mostra o percentual de atividades relacionadas à organização dos serviços realizados no processo de trabalho das Equipes de Saúde quanto à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus,

SUMÁRIO



sendo que a atividade com maior adequação foi a utilização de ficha de cadastro ou acompanhamento dos portadores de DM.

O Gráfico 2, por sua vez, apresenta o percentual das atividades relacionadas à gestão dos serviços realizados no processo de trabalho das Equipes de Saúde quanto à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus. O maior percentual dentre as atividades foi aquela que diz respeito à equipe programar as consultas e os exames de pessoas com DM em função da estratificação dos casos e de elementos considerados por ela na gestão do cuidado.

As atividades observadas nos gráficos 1 e 2 compõem o processo de trabalho das Equipes de ABS para usuários com diabetes. É possível observar baixas proporções de adequação desse processo de trabalho, uma vez que nenhuma das atividades atingiu 100%. Comportamento semelhante foi observado no estudo de Tomasi e colaboradores (2015; 2017), que utilizaram dados do 1º ciclo do PMAQ-AB. Os autores relataram que muito ainda precisaria ser melhorado para chegar a um resultado ideal (TOMASI *et al.*, 2015; TOMASI *et al.*, 2017).

No entanto, estes trabalhos são referentes ao primeiro ciclo do PMAQ-AB, no ano de 2012. Nestes quase 10 anos, muitos melhoramentos, mudanças positivas, e avanços foram observados. Esses e muitos outros fatores foram consequências do PMAQ-AB, que realmente contribuiu para se ter alguma melhoria da qualidade do processo de trabalho das equipes. Mesmo não chegado ainda aos 100%, não se pode deixar de mencionar que ocorreram aperfeiçoamentos, desenvolvimento das equipes de atenção básica e a descoberta de novos desafios (CORREIA, 2020).

SUMÁRIO



A Tabela 1 - Classificação do processo de trabalho das Equipes de Saúde por municípios da Região Metropolitana de Manaus – PMAQ-AB, 3º ciclo, 2017 (n=322)

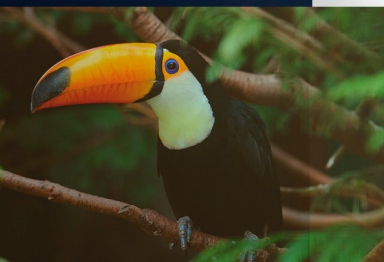
Municípios	Total [% (n)]	Processo de trabalho das Equipes de Saúde (n=322)	
		Inadequado (n=279) [% (n)]	Adequado (n=43) [% (n)]
Autazes	3,42 (11)	3,58 (10)	2,33(1)
Careiro	3,11(10)	3,58 (10)	0,00 (0)
Careiro da Várzea	1,55 (5)	1,79 (5)	0,00 (0)
Irlanduba	5,59 (18)	3,94 (11)	16,28 (7)
Itacoatiara	9,32 (30)	9,32 (26)	9,30 (4)
Itapiranga	1,24 (4)	0,00 (0)	9,30 (4)
Manacapuru	6,83 (22)	6,81 (19)	6,98 (3)
Manaquiri	0,93 (3)	1,08 (3)	0,00 (0)
Manaus	60,56 (195)	62,01(173)	51,16 (22)
Novo Airão	1,55 (5)	1,79 (5)	0,00 (0)
Presidente Figueiredo	2,17 (7)	1,79 (5)	4,65 (2)
Rio Preto da Eva	2,48 (8)	2,87 (8)	0,00 (0)
Silves	1,24 (4)	1,43 (4)	0,00 (0)

Fonte: PMAQ-AB – 3º ciclo- 2017.

A Tabela 1 apresenta a classificação do processo de trabalho das Equipes de Saúde pelos municípios da Região Metropolitana de Manaus no ano de 2017. Percebeu-se que o município com o maior número de equipes de saúde foi o município de Manaus.

Esses resultados podem ser explicados pelo tipo de planejamento e organização dos serviços do município de Manaus, que se destaca muito dos demais. Além disso, outros fatores que poderiam explicar as diferenças encontradas na Tabela 1 seriam: o tamanho do território, as desigualdades socioeconômicas, o tipo de gestão, o número de profissionais de saúde (MARTINS *et al.*, 2014). E ainda, os recursos empregados na saúde, que são bem maiores em Manaus, se comparados aos demais municípios da Região Metropolitana (STAEVIE, 2015).

SUMÁRIO



É importante mencionar, para que o processo de trabalho das Equipes possa chegar a um nível ideal é imprescindível se ter recursos materiais adequados, recursos humanos qualificados, equipe multiprofissional, uma coesão no trabalho coletivo a ser desenvolvido, o acolhimento como estratégia organizadora, a escuta dos usuários, a responsabilização, da humanização e a resolutividade (CASTRO, 2017).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e de cobertura populacional da estratégia de saúde da família dos municípios da região metropolitana de Manaus participantes da avaliação externa do PMAQ-AB – 3º ciclo, segundo processo de trabalho das Equipes de Saúde relativo à atenção às pessoas com Diabetes Mellitus, Brasil, 2017

Variáveis	Total [% (n)]	Processo de trabalho das Equipes de Saúde (n=322)		Valor-p
		Inadequado	Adequado	
Porte Populacional (em habitantes)				0,007
Muito pequeno	2,48 (8)	1,43 (4)	9,30 (94)	
Pequeno	3,11 (10)	3,58 (10)	0,00 (0)	
Médio	33,85 (109)	32,97 (92)	39,53 (17)	
Grande	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	
Muito grande	60,56 (195)	62,01 (173)	51,16 (22)	
Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal (IFDM)				0,822
Baixo	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	
Regular	19,88 (64)	20,07 (56)	18,60 (8)	
Moderado	80,12 (258)	79,93 (223)	81,40 (35)	
Alto	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	
Cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família				0,113
≤ 50,0%	60,56 (195)	62,01 (173)	51,16 (22)	
50,1 a 75,0%	0,93 (3)	1,08(3)	0,00 (0)	
75,1 a 99,9%	19,25 (62)	19,71 (55)	16,28 (7)	
> =100,00%	19,25 (62)	17,20 (48)	32,56 (14)	

Fonte: PMAQ-AB– 3º ciclo – 2017.

SUMÁRIO

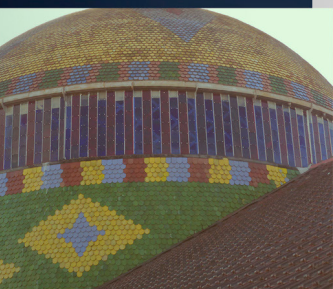


A Tabela 2 mostra as características sociodemográficas e de cobertura populacional da estratégia de saúde da família das equipes de atenção básica participantes da avaliação externa do 3º ciclo do PMAQ em 2017. A maioria das Equipes de Saúde está localizada em municípios que apresentam um porte populacional muito grande. Este resultado pode ser explicado pelo fato de que os investimentos em saúde aumentam à medida que aumenta a população (ARAÚJO *et al.*, 2016). Outro fator estaria relacionado à capacidade técnica em relação à equipe gestora e o poder aquisitivo da própria gestão, que quando é maior, o município acaba por ter uma alta capacidade financeira para oferecer serviços conforme a demanda da população (PINAFO *et al.*, 2020).

Como limitações deste estudo, pode-se dizer que as análises relacionadas às características sociodemográficas e de cobertura populacional da estratégia de saúde da família dos municípios da região metropolitana de Manaus, não levaram em consideração os fatores de confusão que podem estar respondendo pelos resultados encontrados. Além disso, este é um estudo de natureza transversal, não sendo assim possível estabelecer relação temporal entre as variáveis. Por outro lado, o fato da coleta de dados terem sido conduzidas por instituições de ensino reconhecidas, com a utilização de instrumentos padronizados e entrevistadores devidamente treinados são pontos positivos (TOMASI *et al.*, 2017).

O PMAQ-AB é uma ferramenta que possibilita uma avaliação dos serviços da atenção básica e que pode melhorar muito o trabalho das equipes em muitos municípios principalmente por oferecer um financiamento, e esse fato contribui para o aumento da qualidade a ser prestada pelas equipes aos portadores de DM.

SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

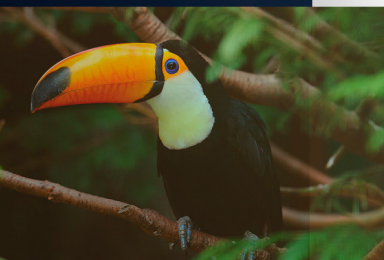
O processo de trabalho das Equipes de ABS quanto à atenção às pessoas com DM na Região Metropolitana de Manaus ainda não são ideais. É importante aprimorar esse processo para que se tornem mais efetivos os cuidados para com os pacientes. Percebeu-se que, Manaus foi o município com a maior porcentagem de processo de trabalho adequado e ainda, que o porte populacional é uma característica que pode influenciar no processo de trabalho adequado das equipes de atenção básica nos municípios da região metropolitana de Manaus.

O PMAQ ao longo dos anos que foi desenvolvido trouxe uma nova visão para os serviços oferecidos, não somente para profissionais da saúde, mas também para gestores, que consequentemente tiveram a oportunidade de melhorar os referidos serviços prestados à população. Todos esses profissionais não devem deixar de direcionar esforços para a resolução dos problemas relativos ao atendimento e cuidados aos usuários portadores de DM. Por fim, deve-se incentivar a realização de mais pesquisas que venham a estudar os cuidados aos pacientes com DM, a fim de buscar soluções para possíveis problemas e contribuir para a diminuição da morbidade e mortalidade causada por esta doença no país. E ainda estudos que verifiquem os fatores relacionados aos processos de trabalho da Região Metropolitana de Manaus, pois este estudo foi um primeiro passo.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. C.; RATO, Q; BOURBON, M. Diabetes na população portuguesa: Uma análise do estudo e_COR. **Boletim Epidemiológico Observações**, v. 5, p. 3-5, 2016.

SUMÁRIO



ARAÚJO, C. E. L.; GONÇALVES, G. Q.; MACHADO, J. A. Os municípios brasileiros e os gastos próprios com saúde: algumas associações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 953-963, 2017.

BRASIL, Constituição. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, v. 123, p. 1-3, 2011.

BRASIL. **Manual Instrutivo de Avaliação Externa para as Equipes de Atenção Básica (Saúde da Família e Equipe Parametrizada)**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **E-Gestor – Informação e Gestão da Atenção Básica – Relatórios de Acesso Público - Histórico do quantitativo de equipes e serviços custeados**, Brasília, DF: MS; 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654**, de 19 de julho de 2011. Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB). 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.654, de 02 de outubro de 2015**. Brasília, 2015.

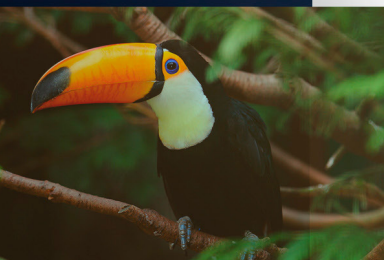
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16); (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. 2017.

BRASIL. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. 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). **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 24 maio de 2016.

SUMÁRIO



CASTRO, B. M. da C. *et al.* **Avaliação da atenção básica com foco no processo de trabalho das equipes de saúde através do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB-Ciclo II)**. 131 f. 2017. Dissertação (mestrado). Instituto Lenidas e Maria Deane, Manaus, 2017.

CHURCHILL, Gilbert A. *et al.* **Marketing**. Saraiva Educação S.A., 2017.

CORREIA, A. *et al.* O processo de trabalho das equipes de saúde da família antes e após adesão do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Revista Ciência Plural**, v. 6, n. 3, p. 53-72, 2020.

DE ALMEIDA, J. S.; DE ALMEIDA, J. M. A educação em saúde e o tratamento do diabetes mellitus tipo 2 em uma unidade de família. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 20, n. 1, p. 13-17, 2018.

FEDERAÇÃO DAS INDÚSTRIAS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (FIERJ). IFDM 2018 - Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal - Ano Base 2016. Rio de Janeiro: Firjan, 2018.

FEITOSA, I. de O.; PIMENTEL, A.. HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. **Revista do NUFEN**, v. 8, n. 1, p. 13-30, 2016.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, p. 704-709, 2018.

FLOR, L. S.; CAMPOS, M. R. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. **Revista brasileira de epidemiologia**, v. 20, p. 16-29, 2017.

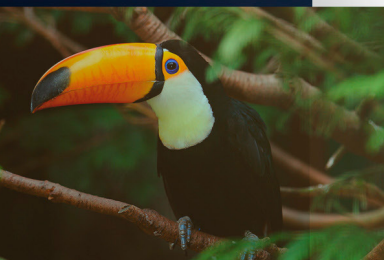
FLÔRES, G. M. da S. *et al.* Gestão pública no SUS: considerações acerca do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 237-247, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sistema IBGE de Recuperação Automática – SIDRA**. Estimativa de População, Rio de Janeiro: IBGE; 2017.

MANAUS. **Lei nº 59, de 27 de dezembro de 2007**. Instituiu a Região Metropolitana de Manaus. Manaus: Câmara Municipal, [2007]. Disponível em: https://sapl.al.am.leg.br/media/sapl/public/normajuridica/2007/850/850_texto_integral.pdf. Acesso em: 29 ago. 2022.

MANGUEIRA, A. A. **Organização do processo de trabalho e planejamento de ações das equipes de Atenção Básica no Nordeste: análise do PMAQ-AB**. 71 f. 2016. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação do Mestrado Profissional em Saúde da Família - MPSF. Rede Nordeste de Formação em Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal. 2016.

SUMÁRIO



MARTINS, L. F. V. Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais. **Revista da Faculdade de Odontologia-UPF**, v. 19, n. 2, p.151-158, 2014.

MEDRADO, J. R. S.; CASANOVA, A. O.; OLIVEIRA, C. C. M. de. Estudo avaliativo do processo de trabalho das Equipes de Atenção Básica a partir do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 39, n.107, p. 1033-1043, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PINAFO, E. *et al.* Problemas e estratégias de gestão do SUS: a vulnerabilidade dos municípios de pequeno porte. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 1619-1628, 2020.

SEIDL, H. *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em debate**, v. 38, p. 94-108, 2014.

STAEVIE, P. M. Crescimento demográfico e exclusão social nas capitais periféricas da Amazônia. **Textos e debates**, n. 28, p. 185-204, 2015.

TOMASI, E. *et al.* Diabetes Care in Brazil: Program to Improve Primary Care Access and Quality-PMAQ. **J Ambul Care Manage**, v.40, supl.2, p. 12-S23, 2017.

TOMASI, E. *et al.* Estrutura e processo de trabalho na prevenção do câncer de colo de útero na Atenção Básica à Saúde no Brasil: Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade-PMAQ. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n.2, p. 171-180, 2015.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. *et al.* Infraestrutura e processo de trabalho na atenção primária à saúde: PMAQ no Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 1-15, 2020.

23

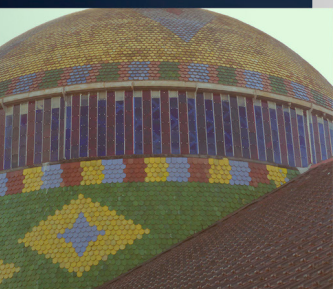
Maria Josefina Goes Gomes

Ankilma do Nascimento Andrade

GESTÃO EM SAÚDE:

dificuldades encontradas por profissionais da
saúde na aquisição de insumos hospitalares no
período de pandemia do COVID-19

SUMÁRIO

**Resumo:**

O estudo aqui proposto teve como objetivo compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde para lidar com a burocracia das regras licitatórias impostas para compra de insumos hospitalares para o enfrentamento da Covid-19. O instrumento de coleta de dados foi uma revisão integrativa da literatura realizada em periódicos no Google Acadêmico através das palavras-chave: “processos licitatórios em tempos de pandemia”. Apesar desse momento pandêmico ainda não ter terminado, existem vários artigos que fundamentam o questionamento aqui proposto que foram as dificuldades que os profissionais da saúde tiveram para licitar insumos hospitalares, medicamentos e outras necessidades médicas para combater o Coronavírus. Dentre as várias dificuldades encontramos os valores dos insumos que estavam acima das orientações do Ministério Público, a escassez desses insumos no mercado, os prazos da lei licitatória vigente, o prazo para entrega muito distante, medicamentos para combater o vírus em falta e os preços absurdamente elevados. Ao longo do estudo realizado percebeu-se que a pandemia foi impactante não só no Brasil, mas em todo o planeta onde havia claramente um cenário de guerra, só que o inimigo era invisível aos olhos humanos.

Palavras-chave: Licitação; Gestão em saúde; Insumos hospitalares; Pandemia.

SUMÁRIO

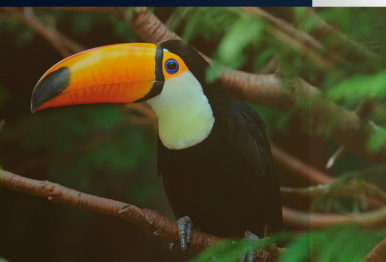
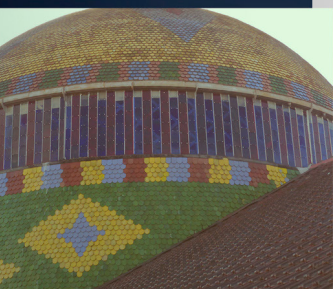
INTRODUÇÃO

Atualmente, os serviços de atendimento hospitalar brasileiro vêm passando por situações que afetam diretamente o cotidiano da sociedade. O Brasil é um país que conta com o Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando para a população acesso integral ao serviço público de saúde, no qual o sistema atua na oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares. Na gestão pública do SUS, nota-se a presença de procedimentos exigidos obrigatoriamente para regulamentar a aquisição de bens e serviços que supram a necessidade das unidades de saúde brasileiras, um deles é o processo licitatório (SOUZA; FREITAS, 2012).

Os processos licitatórios perpassam por todos os órgãos públicos, eles servem para manter os serviços de saúde funcionando de forma adequada e satisfatória para a população. Porém, a burocracia dos processos licitatórios dificulta a gestão pública, pois os recursos destinados às compras precisam ter um gerenciamento de recurso planejado e que atendam à legislação vigente (SOUZA; FREITAS, 2012).

Em dezembro de 2019, inicia na China, precisamente na cidade de Wuhan, um vírus chamado de SARS-CoV-2. Através de noticiários, o mundo observava uma doença respiratória grave que estava acometendo e levando a um alto índice de mortos naquela população. Não demorou muito e o caso que antes era tratado como uma epidemia, em pouco tempo passou a ser tratado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia. Diante da situação emergencial vivenciada mundialmente, foi necessária rapidez na tomada de decisão e planejamento imediato (SOUZA *et al.*, 2022).

Com hospitais lotados e sem estrutura na saúde pública para o momento caótico, o Brasil iniciou um processo de adequação em todos os serviços de saúde para tentar conter e atender toda a população



SUMÁRIO



adoecida. Nesse momento o sistema de saúde passava por um estado de calamidade pública e a necessidade de insumos hospitalares se tornou cada vez mais urgente. O estudo realizado por Gouel-Cheron *et al.* (2020) destaca que, durante a pandemia, aparelhos como ventiladores pulmonares, monitores de sinais vitais, bombas de infusão, equipamentos de oximetria e capnografia, embora essenciais no tratamento dos pacientes com Covid-19, se tornaram insuficientes no país.

Através do avanço mundial, e sobretudo no Brasil, além da escassez de equipamentos, a Covid-19 ainda proporcionou a escassez de equipamentos de proteção individual, com forte predomínio de máscaras, luvas e aventais de proteção. Dessa forma, o vírus acabou acarretando na infecção de vários profissionais da saúde que tiveram que ser afastados, intensificando ainda mais o colapso na assistência hospitalar (MEDEIROS, 2020).

O cenário de caos alcançado pelo Brasil, sendo submetido a forças opostas de estabilidade e instabilidade, causou o surgimento espontâneo de uma nova ordem, substituindo velhos processos, se baseando em uma organização que se movia de um lado para o outro de maneira qualitativa, havendo assim a necessidade de repensar o processo licitatório (SMITH; HUMPHRIES, 2004).

Neste novo momento em que a sociedade brasileira e mundial está vivenciando, diante de uma crise sanitária causada pela Covid-19, faz-se necessário a aquisição de insumos hospitalares em menos tempo e que atenda às necessidades emergentes exigidas durante a situação. As alterações trazidas pela Medida Provisória (MP) nº 926/2020 em meio ao cenário de pandemia, trouxeram ainda a figura de um “pregão simplificado” sujeito a regras distintas das estipuladas pela Lei 10.520/2002, com prazos previstos reduzidos pela metade e indispensabilidade da realização de audiência pública (BRASIL, 2002).

SUMÁRIO



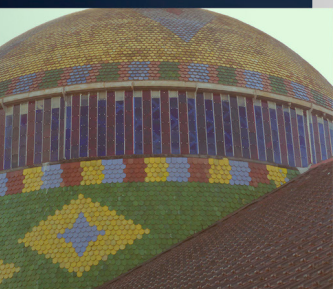
Entende-se que a prevenção de irregularidades e contratações ilícitas devem ser evitadas. No entanto, é importante salientar também que há nesse momento um interesse público comum, que é a saúde pública. A Lei que trata da aquisição, seja de bens permanentes ou consumos está na Constituição Federal em seu artigo 175 diz que “incube ao poder público, na forma da lei, diretamente ou sob regime de concessão ou permissão, sempre através de licitação, a prestação de serviços público”, ou seja, a licitação é regra legal.

Mas, há outras duas formas de realizar compras urgentes, que é a contratação direta (quando o valor não ultrapassar R \$8.000.00 – oito mil reais) por dispensa ou inexigibilidade (quando há impossibilidade de competição, ou pela exclusividade do objeto a ser contratado).

Contratos firmados sem licitação pública devem guardar conformidade aos princípios norteadores da atividade administrativa, entre os quais se destacam os da legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade e eficiência, pois previstos no caput do artigo 37 da Constituição Federal, e outros, de largo conteúdo normativo, como os da razoabilidade e da proporcionalidade. Tudo porque a ausência de licitação pública não derroga os princípios jurídicos administrativos, que incidem em todos os quadrantes de atuação da Administração Pública (NIEBUHR, 2015, p.77).

Desta forma, percebe-se a importância de investigação que justifique as dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde para a aquisição de insumos hospitalares. No qual buscou-se responder à seguinte questão: Quais as dificuldades encontradas para licitar medicamentos e insumos hospitalares no período pandêmico da Covid-19? Visto isso, a presente pesquisa teve por objetivo compreender as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde para lidar com a burocracia das regras licitatórias impostas para compra de insumos hospitalares para o enfrentamento da Covid-19.

SUMÁRIO



METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que foi elaborada com base nas fases do processo de construção: criação da pergunta norteadora; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão; realização de busca por artigos nas bases de dados; análise e interpretação dos resultados; análise crítica e discussão dos resultados; e a apresentação da revisão integrativa (SOUSA; SANTOS, 2016).

Visto isso, a revisão foi baseada na seguinte questão norteadora: Quais as dificuldades encontradas para licitar medicamentos e insumos hospitalares no período pandêmico da Covid-19? A coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2022, utilizando-se a base de dados Google Acadêmico, onde foi empregado apenas o termo: “processos licitatórios em tempos de pandemia”.

Dessa forma, os artigos selecionados para compor o estudo passaram por uma análise que inicialmente avaliou o título e posteriormente, aqueles que possuíam as informações pertinentes ao tema abordado passaram por uma leitura completa dos resumos, por fim, os que se adequaram ao tema proposto foram submetidos a uma leitura completa, dessa forma foi possível selecionar apenas as obras que melhor responderam o objetivo desta revisão.

SUMÁRIO

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

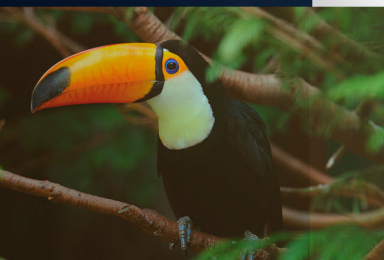
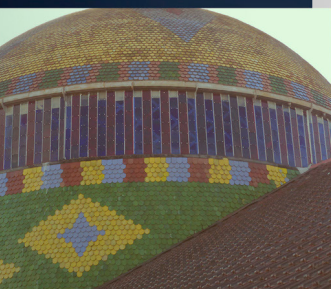
Licitação no Brasil

Licitação é o procedimento administrativo mediante o qual a Administração Pública seleciona a proposta mais vantajosa para o contrato de seu interesse. Como procedimento, desenvolve-se através de uma sucessão ordenadas de atos vinculantes para a Administração e para os licitantes, o que propicia igual oportunidade a todos os interessados e atua como fator de eficiência e moralidade nos negócios administrativos (MEIRELES, 2007).

Entende-se então que a Licitação é obrigatória para adquirir bens e serviços para o setor público, tornando-se facilitadora na hora de prestar as contas e mais transparente durante todo o processo. Na administração pública brasileira, a transparência, que é decorrência do Estado Democrático de Direito (concebido pela Constituição Federal de 1988) visa objetivar e legitimar as ações praticadas pela administração pública (SILVA, 2014).

Em levantamento realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em 2014 foram relatadas as seguintes dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde para aquisição de materiais médicos, odontológicos e de enfermagem como por exemplo: preços elevados, prazos de entregas descumpridos, medicamentos vencidos, entregas fracionadas, resistência na troca de medicamentos quando feito acordo para troca em determinado tempo e desinteresse das empresas devido a quantidade de insumos não serem considerados altos.

O mundo ainda comemorava o início do ano de 2020, quando foi surpreendido pela pandemia da Covid-19, denominada como novo Coronavírus (SARS-CoV-2), fazendo o mundo inteiro fechar portas, e adotar



SUMÁRIO



um regime de isolamento social severo. Esse acontecimento demonstrou a necessidade de novos hábitos de higiene para evitar a contaminação causada pelo vírus. Assim, iniciou-se o processo de aquisição de insumos imediatos para a prevenção da Covid-19, nos serviços de atendimento hospitalares públicos do Brasil (SOUZA *et al.*, 2022).

As licitações podem estar classificadas dentro de modalidades de acordo com o Art. 22 da Lei 8.666 de 21 de junho de 1993 as quais se definem em “modalidades de licitação: I concorrência; II tomada de preços; III convite; IV concurso; e V leilão”. A concorrência antecede aos contratos de grande vulto e permite a participação de qualquer interessado. A tomada de preços é indicada para contratos de vulto médio que admite determinados interessados cadastrados antes do início do procedimento. O convite é destinado a celebração de pequeno valor econômico, entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, escolhido e convidados em um número mínimo de três pela unidade federativa. O concurso tem por finalidade fomentar cultura, tecnologia, artes, ciência, ou propor soluções para problemas atuais, notadamente nas áreas social e urbanística. Nesta modalidade o interessado deve apresentar seu trabalho pronto e acabado antes do julgamento. Ao final do processo não há obrigatoriedade de celebração de um contrato. O leilão – consolida a venda de bens móveis inservíveis para a administração ou de produtos que foram legalmente apreendidos ou penhorados, ou para a alienação de bens imóveis (BRASIL, 1993).

Processos de licitações no setor público

O processo de licitação no setor público foi a forma encontrada para tornar transparente a ação de compra no serviço público. Esse processo atende às três esferas governamentais: Federal, Estadual e Municipal. Abrangendo os três poderes e objetivando assim combater práticas de corrupção, e favorecimentos para satisfazer interesses pessoais. Para Mello (2009), o processo licitatório define-se como:

SUMÁRIO



Procedimento administrativo pelo qual uma pessoa governamental, pretendendo alienar, adquirir ou locar bens, realizar obras ou serviços, outorgar concessões, permissões de obra, serviço ou de uso exclusivo de bem público, segundo condições por ela estipuladas previamente, convoca interessados na apresentação de propostas, a fim de selecionar a que se revele mais conveniente em função de parâmetros antecipadamente estabelecidos e divulgados.

Os processos Licitatórios evoluíram com o tempo, seus primeiros registros datam da época do Brasil Império buscando uma gestão mais eficiente e transparente. Levando em consideração o histórico do processo licitatório no Brasil, temos: 1ª Constituição de 1824-1922; Brasil Império em sua redação já traz a obrigatoriedade da prestação de contas de todas as despesas públicas. No entanto é o decreto 2.926/1862 que regulamenta as “arrematações dos serviços”, pois na época não se utilizava o termo Licitação e sim “concorrência”. Essa primeira norma perdurou até 1922, na era República.

Na 2ª Constituição tivemos o Decreto n. 4.536/1922. Esse Decreto perpassa pela primeira e segunda Constituição brasileira republicana. Nesse novo cenário político já vivíamos a República e a 3ª Constituição na segunda República, 4ª Constituição no Estado Novo e 5ª Constituição de 1946. Ainda com o termo concorrência.

No ano de 1968, foi promulgada uma outra Lei, a de n. 5.456/1968 nesta Lei obrigava os Estados e Municípios a usarem a licitação para qualquer tipo de aquisição. Estamos vivendo a 6ª Constituição. Tais artigos foram revogados pelo Decreto Lei n.º 2.300/1986, que veio com a Redemocratização da República (1986-1988). Este Decreto fica ativo até 1993 com a 7ª Constituição Federal, a Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1988).

Em junho de 1993, foi promulgada a Lei n.º 8.666/1993 com o objetivo de combater problemas de corrupção enfrentados pela administração pública, surgindo então a Lei Geral de Licitações, esta Lei

SUMÁRIO

mostra-se bem mais rigorosa do que o Decreto que a antecedeu e possuía em sua redação 126 artigos (BRASIL, 1993).

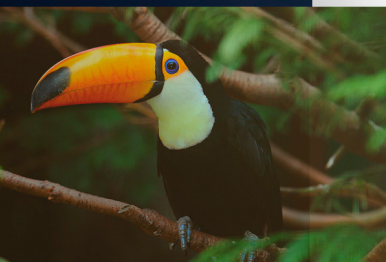
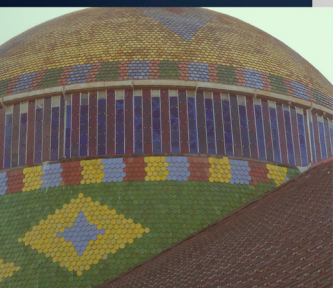
Licitações para enfrentamento da pandemia do Covid-19

No final do ano de 2019, o mundo foi surpreendido com a notícia de um vírus (SARS-CoV-2) que estava infectando muitos chineses, causando assim um enorme problema sanitário. Essa grave doença que iniciou na China, rapidamente se espalhou nos países asiáticos, seguindo para a Europa e expandiu para todo o planeta, sendo decretado a pandemia do século XXI.

No dia 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) decreta pandemia global. Partindo dessa nova realidade de saúde pública, o setor público necessitou comprar insumos hospitalares de forma emergencial para que pudéssemos evitar um colapso na saúde pública e para que isso ocorra, existe a necessidade de passar pelo processo de licitação de compras. O Artigo 24, inciso IV da Lei nº 8.666/1993 legaliza compras emergenciais (BRASIL, 1993).

Ou seja, o momento emergencial não esperado levou a Administração Pública a tomar decisões em curto espaço de tempo para minimizar o caos sanitário que a população brasileira estava passando naquele momento. Todas essas ações encontravam-se com respaldo legal, amparo jurídico e constitucional para resolver a situação calamitosa que vivemos diante da pandemia.

No dia 06 de fevereiro de 2020 foi promulgada a Lei 13.979/2020 com o objetivo de corroborar com os gestores públicos na hora de tomada de decisão. No entanto, segue uma avalanche de Leis posteriores. A Lei 13.979/2020 foi alterada pelo Medida Provisória 926/2020



SUMÁRIO

que em seguida foi transformada em Lei n.º 14.035/2020 com o intuito de abastecer o setor público de bens, serviços e insumos de saúde para o enfrentamento do novo Coronavírus (BRASIL, 2020).

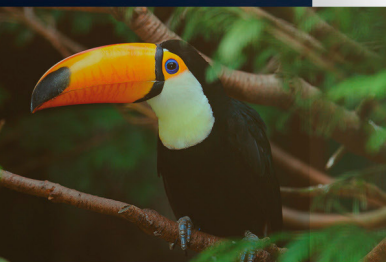
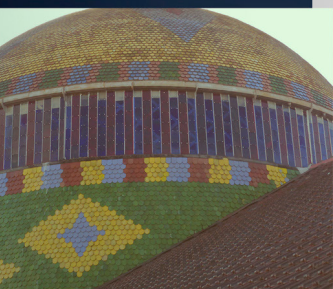
Art. 4º Fica dispensada de licitação para aquisição de bens, serviços e insumos de saúde destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do Coronavírus de que trata esta Lei (BRASIL, 2020).

Assim, nota-se que a pandemia trouxe uma nova perspectiva para o processo licitatório. A dispensa de licitação durante o período pandêmico foi uma ferramenta muito importante para os gestores das unidades de saúde de acelerar as compras emergências para atender as pessoas que contraíram o vírus e evoluíram para uma fase mais grave da doença.

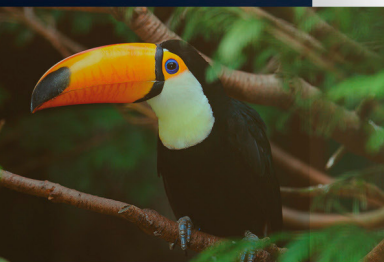
As dificuldades nos processos licitatórios

O trabalho em saúde, diferente de outros trabalhos, possui suas especificidades, pois essa atividade humana se dá sobre as necessidades e estados de saúde das pessoas e numa forte inter-relação pessoal entre quem consome o serviço e presta o serviço. Isto coloca já de imediato a questão do serviço: o serviço traduz a adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas e necessidades. (NOGUEIRA, 1997, p. 183).

No Brasil, a Gestão Hospitalar (GH) busca cumprir com um dos mais importantes princípios da CF/88 que em seu Art. 5º diz “ninguém será obrigado a fazer ou deixar de fazer alguma coisa senão em virtude de lei”, que é o princípio da Legalidade”, ou seja, o administrador público deve fazer as coisas sob a regência da lei imposta, caso contrário sofrerá sanções de acordo com seus atos (BRASIL, 1988).



SUMÁRIO

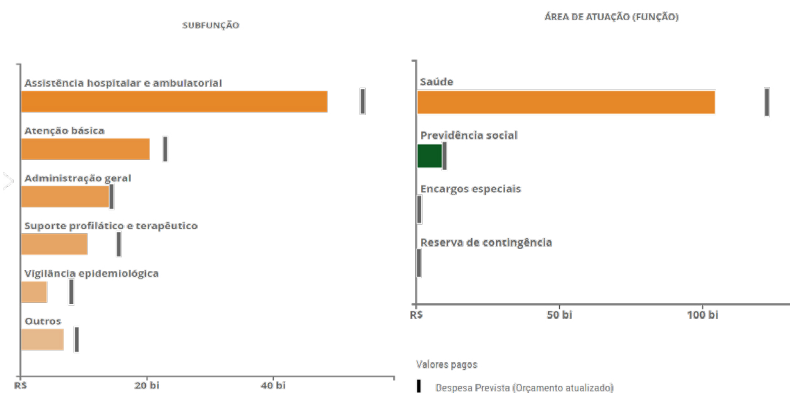


No entanto, chegamos ao ano de 2020 com um verdadeiro caos na saúde pública, esse momento atípico que foi causado pelo vírus da COVID-19, em curto espaço de tempo nos vimos com uma alta demanda nos hospitais e elevado número de mortes. A Gestão Hospitalar (GH), atualmente, desenvolve suas práticas fundamentadas em tomadas de decisões incertas e imprevisíveis (MEYER; PASCUCCI; MANGOLIN, 2012).

Para atender esse momento inesperado foi necessário a aquisição de um maior número de medicamentos, equipamento de proteção individual (EPI) e materiais hospitalares que sofreram altas nos preços de forma absurda.

No ano de 2018 o orçamento previsto para a saúde foi de R \$130,85 bilhões, as despesas executadas neste ano foram de 113, 01 bilhões. Segundo informações do Portal de transparência do governo federal, os gastos com saúde estão em primeiro lugar. O serviço com assistência hospitalar e ambulatorial corresponde ao maior gasto.

Figura 1 - Teto orçamentário previsto para a saúde no ano de 2018

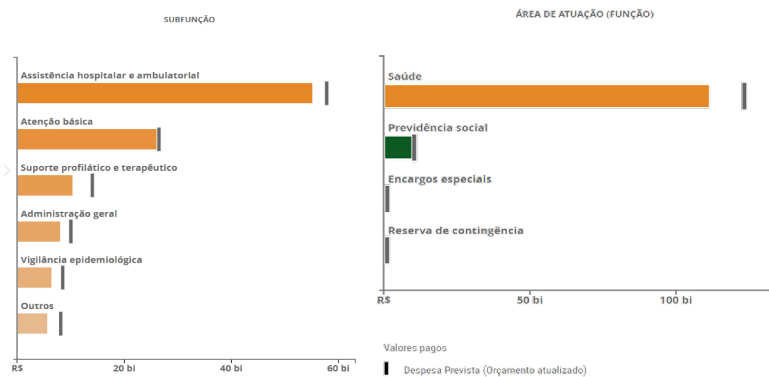


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

SUMÁRIO

No ano de 2019 o orçamento previsto foi de R \$132,80 bilhões, desse montante foi executado o valor de R \$120,62 bilhões. Ainda neste ano o gasto maior foi com a assistência hospitalar.

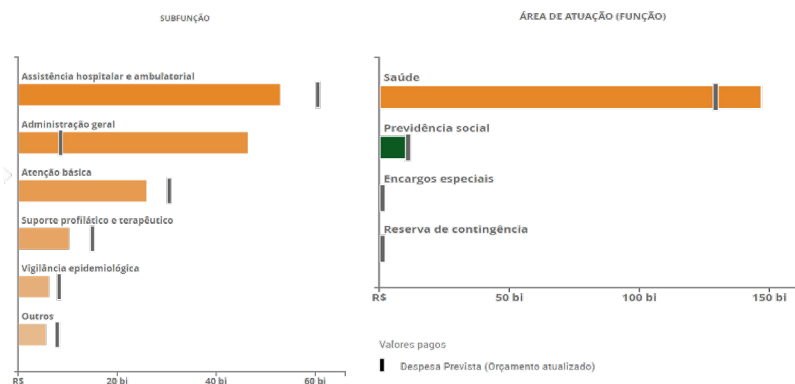
Figura 2: Teto orçamentário previsto para a saúde no ano de 2019



Fonte: Dados da pesquisa (2022).

No ano de 2020 o orçamento previsto foi de R\$138,96 bilhões e executado R \$156,20 bilhões.

Figura 3: Teto orçamentário previsto para a saúde no ano de 2020

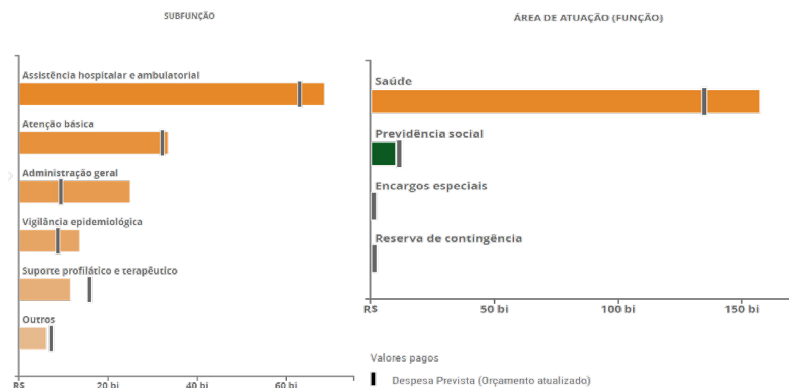


Fonte: Dados da pesquisa (2022).

SUMÁRIO

No ano de 2021 o orçamento previsto foi de R \$144,87 bilhões e o executado foi de R \$166,70 bilhões.

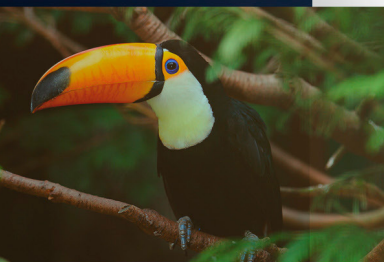
Figura 4: Teto orçamentário previsto para a saúde no ano de 2021



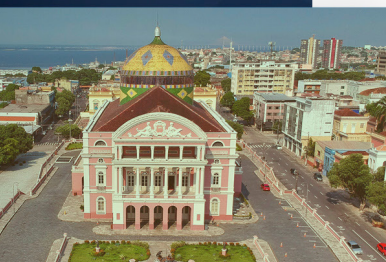
Fonte: Dados da pesquisa (2022).

Observamos nos gráficos acima como foi oneroso para a Administração pública esses dois anos pandêmicos, também podemos perceber que o orçamento executado foi superior ao orçamento previsto.

Com a confirmação da alta transmissibilidade e o alto índice de óbitos e internações, tanto em enfermarias quanto em UTIs, provocados pelo coronavírus, a SARS-CoV-2, logo começou o desabastecimento nas instituições de saúde. Esses aumentos de demanda exigiram dos gestores medidas estratégicas frente às instabilidades nos abastecimentos de estoques e o compromisso de reexaminar e readequar os processos essenciais (SILVEIRA; OLIVEIRA, 2020).



SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho aqui proposto teve como foco principal analisar as dificuldades enfrentadas por profissionais de saúde (gestores e técnicos administrativos) durante a pandemia de Covid-19 para a realização de compras no setor público para suprir as altas demandas durante esse período atípico e emergencial para a saúde pública mundial.

Ao se analisar os resultados obtidos foi possível realizar um levantamento retrospectivo acerca das leis que instituíram as licitações no Brasil desde o período imperial até os dias atuais. Dessa forma, foi possível identificar que o processo licitatório é um item obrigatório para a aquisição de bens e serviços para o serviço público.

Vale ressaltar ainda que através da realização da presente revisão foi possível identificar que apesar do momento pandêmico ainda não ter encerrado, existem vários artigos que fundamentam o questionamento aqui proposto, dessa forma dentre as várias dificuldades encontradas, foram destaque: os valores dos insumos acima das orientações do Ministério Público, escassez desses insumos no mercado, prazos da lei licitatória vigente, prazo para entrega muito longo, medicamentos para combater o vírus em falta e preços absurdamente elevados.

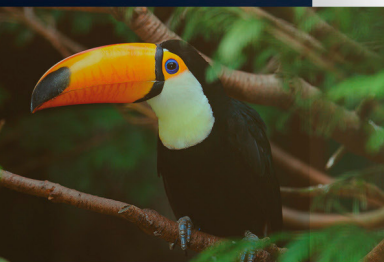
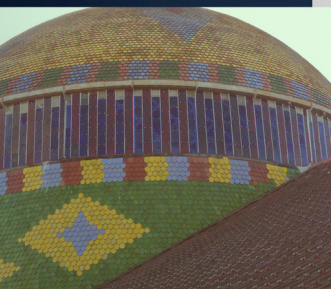
REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 68: Informação e documentação: referências.** Brasília, p. 10, 2020.

BRASIL. **Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto n.º 2.926, de 14 de maio de 1862,** aprova o Regulamento para as arrematações dos serviços a cargo do Ministério da Agricultura, Commercio e Obras Públicas., e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, v. 132, n. 146, p. 11509, 2 ago. 1994.

SUMÁRIO



BRASIL. **Decreto nº 7.892, de 23 de janeiro de 2013**. Regulamenta o Sistema de Registro de Preços previsto no art. 15 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

BRASIL. **Lei nº 10.520, 17 de julho de 2002**. Modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm. Acesso em: 16/07/2022.

BRASIL. **Lei nº 8.666, 21 de junho de 1993**. Institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10520.htm. Acesso em: 16/07/2022.

BRASIL. **Lei de Responsabilidade Fiscal: Lei Complementar 101 de 4 de maio de 2000**. Porto Alegre: Cartilha do Tribunal de Contas do Estado do Rio Grande do Sul, 2002.

CONASS. **Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos**. Espírito Santo, 2014.

FORTES., C. O. Breve história das licitações no Brasil, 21 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www.fortesjr.com.br/breve-historia-das-licitacoes-no-brasil/>. Acesso em 10 de maio de 2018.

GOUEL-CHERON, A. *et al.* Preliminary observations of anesthesia ventilators used for prolonged mechanical ventilation in intensive care unit patients during the COVID-19 pandemic. **Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine**, v. 39, n. 3, p. 371-372, 2020.

MEDEIROS, E. A. S. Desafios para o enfrentamento da pandemia COVID-19 em hospitais universitários. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 38, 2020.

MEYER, V.; PASCUCCHI, L.; MANGOLIN, L. Gestão estratégica: um exame de práticas em universidades privadas. **Revista de Administração Pública**, v. 46, p. 49-70, 2012.

NIEBUHR, J. M. **Dispensa e inexigibilidade de licitação pública**. 4. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2015.

NOGUEIRA, VM. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 3, p. 183, 1997.

SILVEIRA, L. T. C.; OLIVEIRA, A. B. Desafios e estratégias para a organização do setor saúde frente à pandemia de COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e543985987-e543985987, 2020.

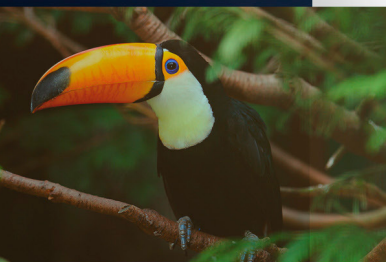
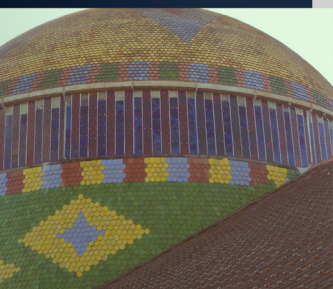
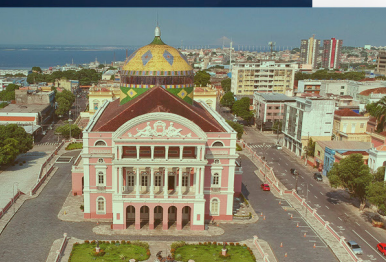
SMITH, A. C. T.; HUMPHRIES, C. E. Complexity theory as a practical management tool: A critical evaluation. **Organization Management Journal**, v. 1, n. 2, p. 91-106, 2004.

SOUSA, M. N. A.; SANTOS, E. V. L. **Medicina e pesquisa: um elo possível**. Ed. 1, Editora Prismas, 2016.

SOUZA, M. I. L.; FREITAS, A. S. Fundos públicos—características, aplicação e controle dos recursos. **Gestão Pública**, v. 1, n. 1, p. 102 A 115-102 A 115, 2012.

SOUZA, M. V. *et al.* Implementação de indicadores aplicados à gestão de suprimentos hospitalares durante a pandemia da COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e53911125345-e53911125345, 2022.

SUMÁRIO



24

Eleana Ferreira Sarmento

Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

DOENÇAS RARAS NO CONTEXTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUMÁRIO

**Resumo:**

A discussão sobre as doenças raras vem cada vez mais ganhando forças em assuntos relacionados à saúde coletiva, uma vez que essas doenças raras constituem um importante problema de saúde pública. O presente artigo teve como objetivo conhecer as ações realizadas pela gestão pública estadual do Amazonas no processo diagnóstico e tratamento das doenças raras. Para isso, foi realizada uma revisão integrativa da literatura que teve como base a pergunta norteadora: Quais ações são realizadas pela gestão pública no processo diagnóstico e tratamento das doenças raras? Em seguida foi realizada uma pesquisa por artigos nas bases de dados SCIELO, LILACS e BVS, no mês de junho de 2022, sendo encontrados 190 artigos, utilizando os seguintes descritores: Doenças Raras, Diagnóstico e Gestão, devidamente cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), empregando o operador booleano AND. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos completos e gratuitos, publicados em português, entre 2018. Ao final foram selecionados apenas 2 artigos para compor o estudo. O conhecimento das ações realizadas pela gestão pública, realização de levantamento dos problemas que a gestão de saúde enfrenta, considerando a realidade da região, é uma maneira de se fazer valer o que está preconizado como política pública. Entendemos que na prática a realidade é diferente e que diante disso a gestão pública deve empenhar-se em prestar assistência integral a esses pacientes e seus familiares.

Palavras-chave: Doenças Raras; Sistema Único de Saúde; Diagnóstico; Tratamento; Recursos Humanos.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

São muitas as dificuldades enfrentadas pelos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) em busca de um diagnóstico preciso para a sua condição de saúde. Dificuldades estas que vão desde questões éticas, jurídicas, orçamentárias até a falta de pessoal especializado que o setor público de saúde possa dispor para melhor atender esse usuário. Muitos deles peregrinam anos pelo sistema público de saúde até receberem diagnóstico e tratamento adequado para a doença rara (DR) (MOREIRA *et al.*, 2018).

A discussão sobre as DRs cada vez mais vem ganhando forças em assuntos relacionados à saúde coletiva. No qual os questionamentos que envolvem a crescente judicialização da busca por diagnóstico e serviços, o acesso aos medicamentos e as relações complexas entre mercado, famílias, Estado, academia e associações, bem como a provável ausência de políticas públicas, acabam representando grande parte do que se discute sobre o tema. No entanto, a literatura que trabalha com a construção da pauta das doenças raras e a atuação parlamentar no Congresso Nacional ainda é praticamente inexistente (PASCARELLI; PEREIRA, 2022).

Entendemos que a gestão pública deve operar na defesa dos direitos e bem como prestar assistência integral a esses pacientes e seus familiares. Muitos usuários peregrinam anos pelo sistema de saúde sem que cheguem a um diagnóstico preciso da sua condição de saúde e sem ser consultado por uma equipe multiprofissional e especializada. Atuar para melhorar a qualidade de vida desses pacientes significa oferecer, quando os mesmos buscam o serviço de saúde público; um diagnóstico acertado e o mais precoce possível, profissionais de saúde qualificados, dispor de tecnologia apropriada, alcance assegurado a medicamentos e tratamentos (PASCARELLI; PEREIRA, 2022).

SUMÁRIO



Diante disso, é de muita importância que o sistema de saúde público invista em políticas específicas de atenção, prevenção e promoção da saúde de portadores de doenças raras. Mas isso só será possível se levantarmos toda a problemática existente no serviço em específico. Não podemos deixar de dar voz aos portadores de doenças raras que muito têm a nos ensinar com suas experiências e problemas que enfrentam no seu cotidiano (BIGLIA *et al.*, 2021).

A presente pesquisa, portanto, busca contribuir para a eficiência da gestão pública de saúde nos espaços em que o serviço é oferecido à população amazonense como em Unidades Básicas de Saúde (UBS), unidades de pronto atendimento e hospitais. Compreendemos que a construção de melhorias deve ser feita de forma coletiva, com a participação de profissionais de saúde, gestores, bem como dos próprios pacientes e suas famílias (FABRIZIO *et al.*, 2018).

O presente trabalho justifica-se pela relevância social que representa para a população amazonense portadores de doenças raras, pois muitos são os percalços enfrentados por eles no processo de diagnóstico e tratamento. Além disso, buscar conhecer as ações realizadas pela gestão pública estadual do Amazonas é uma maneira de avaliar o serviço prestado e por consequência propor melhorias no serviço e qualidade de vida desse grupo.

Buscar conhecer as razões pelas quais os pacientes demoram anos até chegar a seus diagnósticos é fundamental para propor melhorias para o serviço de saúde e contribuir para a qualidade de vida dos pacientes. Diante desta problemática é de muita utilidade tornar evidente as dificuldades enfrentadas pelos pacientes no contexto do SUS; pois a partir do conhecimento delas é que o sistema público poderá tornar-se mais eficiente para esse público específico. É de muita valia solucionar a questão do tempo que levam para receber diagnóstico e tratamento adequado, sabendo que, quanto mais precoce é o diagnóstico, melhor é seu prognóstico no curso das doenças raras.

SUMÁRIO



Além disso, o estudo teve por base a seguinte pergunta norteadora: Quais ações são realizadas pela gestão pública no processo diagnóstico e tratamento das doenças raras? Visto isso, o objetivo da revisão foi conhecer as ações realizadas pela gestão pública estadual do Amazonas no processo diagnóstico e tratamento das doenças raras.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que foi elaborada com base nas fases do processo de construção: criação da pergunta norteadora; delimitação dos critérios de inclusão e exclusão; realização de busca por artigos nas bases de dados; análise e interpretação dos resultados; análise crítica e discussão dos resultados; e a apresentação da revisão integrativa (SOUSA; SANTOS, 2016).

Visto isso, a revisão foi baseada na seguinte questão norteadora: Quais ações são realizadas pela gestão pública no processo diagnóstico e tratamento das doenças raras? A coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2022, utilizando-se as bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), onde foram empregados apenas descritores devidamente cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Doenças Raras, Diagnóstico e Gestão, além disso foi utilizado o operador booleano *AND*.

Na tabela 1 pode-se observar as bases de dados utilizadas para obtenção dos artigos, apresentação dos descritores empregados e o número de artigos encontrados através do cruzamento desses descritores com o operador booleano.

SUMÁRIO



Tabela 1 - Identificação das bases de dados utilizadas no estudo, com descritores e o número de artigos encontrados.

BASE DE DADOS	DESCRITORES	Nº DE ARTIGOS
SCIELO	Doenças Raras and Diagnóstico and Gestão	0
LILACS	Doenças Raras and Diagnóstico and Gestão	9
BVS	Doenças Raras and Diagnóstico and Gestão	181

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Para compor a revisão integrativa foram selecionados apenas artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão definidos: artigos completos e gratuitos, publicados em português, entre 2018 a 2022 e que abordaram as ações realizadas pela gestão pública no processo de diagnóstico e tratamento das doenças raras. Além disso, foram excluídos os artigos que tratavam apenas de outras ações desenvolvidas nos serviços de saúde, bem como aqueles que não relataram sobre as doenças raras.

Em seguida, a busca pelos artigos científicos ocorreu de forma em que se adequassem os critérios de inclusão nas bases de dados LILACS, SCIELO e BVS utilizando os seguintes descritores: Doenças Raras and Diagnóstico and Gestão, sendo encontrados 3 artigos na LILACS, no qual foram aplicados 2 artigos no estudo, e por conseguinte, na BVS foram encontrados 5 artigos, no não foram selecionados artigos, visto que, os demais artigos que se enquadraram aos critérios de inclusão estavam em duplicata com a LILACS.

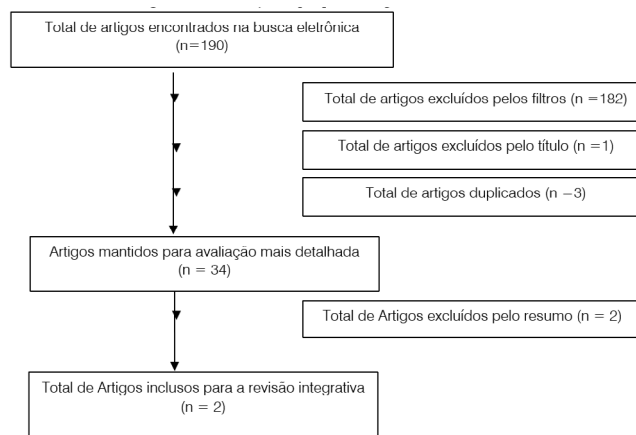
Vale ressaltar que, após a aplicação dos filtros nas bases de dados, os artigos selecionados para compor a revisão passaram por uma análise que inicialmente avaliou o título, em seguida, os artigos selecionados nesse quesito passaram por uma leitura dos resumos e aqueles que continham as informações relevantes para o estudo foi realizada uma leitura na íntegra para posteriormente compor a revisão.

SUMÁRIO



No fluxograma estão explícitos os resultados das buscas nas bases de dados, no qual foram utilizados os descritores acima citados, onde foram encontrados 190 artigos. Em seguida foram excluídos 182 artigos por não compreenderem os critérios de inclusão definidos no estudo e 1 artigos por não conter o título adequado para a temática e 3 artigos por estarem em duplicata. Após a análise desses critérios restaram 36 artigos para uma avaliação mais detalhada, após a leitura dos resumos foram excluídos 27 artigos, restando apenas 9 para compor a revisão integrativa.

Fluxograma - Distribuição da pesquisa e artigos utilizados no estudo



Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No Brasil a atenção às pessoas com DRs no âmbito do SUS só foi reconhecida como política pública há sete anos com a portaria nº 199 de 30 de janeiro em 2014, que deu origem ao documento “A Política

SUMÁRIO



Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras”, elaborado pelo Ministério da Saúde (MS). Neste documento são estabelecidas diretrizes para atenção integral a esses usuários. Assim sendo:

É um documento de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes, e pelos Serviços de Saúde habilitados junto ao SUS (BRASIL, 2014. p.5).

O documento versa sobre atendimentos desde a atenção básica à atenção especializada, bem como protocola procedimentos e fluxogramas que visam o atendimento integralizado. No qual o objetivo do documento é organizar a atenção às pessoas portadoras de DRs no âmbito do SUS, o que permite a redução do sofrimento dos afetados e o ônus emocional sobre esses pacientes e seus familiares, permitindo, dessa forma, ao gestor de saúde a racionalização dos recursos (BRASIL, 2014. p. 5).

Anterior à normatização, o acesso assistencial só aconteceu por meio de ativismo social. Lima (2018) diz que “A construção de tal política se deu ao longo dos anos de 2012 e 2013 com a participação do Estado, da sociedade civil e de profissionais de saúde, após pressão das associações de pacientes”.

De acordo com o documento do MS *apud* Organização Mundial de Saúde (OMS) as DRs são conceituadas como aquelas que afetam até 65 pessoas em cada 100.000 indivíduos, ou seja, 1,3 pessoas para cada 2.000 indivíduos. Mesmo com o documento norteando e regulando todas as ações das secretarias de saúde das esferas estadual e municipal, inclusive de recursos orçamentários, os pacientes ainda enfrentam muitas dificuldades até chegar a um diagnóstico preciso. E uma das queixas é o longo período que levam até chegar a um diagnóstico correto. Em outras situações deparam-se com diagnósticos equivocados, evidenciado no seguinte relato:

SUMÁRIO



As duas famílias investigadas relataram que muitos de seus parentes com a DMJ receberam diagnóstico equivocado de reumatismo, labirintite e/ou depressão. Alguns deles realizaram tratamento para essas condições na esperança de melhoria dos sintomas, sem sucesso (AURELIANO, 2018).

Já sabemos que o diagnóstico das DRs é difícil e demorado, o que leva os pacientes a ficarem meses ou até mesmo anos buscando inúmeros serviços de saúde, sendo submetidos muitas vezes a tratamentos inadequados até que cheguem a um diagnóstico definitivo.

Outro problema enfrentado por portadores de DRs é a questão da judicialização. O tratamento das DRs implica em alto custo orçamentário uma vez que a maioria é de ordem genética e demanda tecnologia, medicamentos e equipe especializada, no qual a judicialização irá ocorrer quando o indivíduo procura o poder judiciário como forma de obter o cumprimento de um direito não realizado pelo poder público. Dessa forma, caso um cidadão tenha o diagnóstico de alguma DR e não possua condições para arcar com remédios e tratamento, este irá procurar o Estado para lhe oferecer condições de permanecer com sua vida. Caso este pleito não seja aceito pelo Estado, o Poder Judiciário será acionado para a apreciação deste conflito (MORAES, 2019).

A resolução desta problemática ainda pode se arrastar por anos, pois esbarra por várias questões, não somente ao que tange à área da saúde; mas também por questões éticas, econômicas e judiciais. Ressaltamos a grande importância na formação dos profissionais de saúde. Aureliano (2018) aponta algumas soluções para que o paciente tenha um diagnóstico o mais precoce possível:

Ter mais profissionais de saúde habilitados para detecção precoce de doenças raras hereditárias na atenção básica possivelmente evitaria os longos anos de espera por um diagnóstico, essa é uma das demandas das associações de pacientes, a inclusão de disciplinas sobre genética médica e doenças raras nos cursos de medicina.

SUMÁRIO



Sabemos que a atenção básica é considerada porta de entrada preferencial ao sistema de saúde público e têm como fundamentos a universalidade de acesso e a integralidade de tratamento, porém a quantidade de médicos geneticistas ainda está aquém da necessidade da população, o que torna o atendimento não universal como preconizado pela política pública de saúde. Com isso, Aureliano (2018) defende que; neste eixo da saúde pública, haja mais profissionais habilitados em detectar precocemente as DRs hereditárias. É muito importante que estes profissionais a quem Aureliano se refere, recebam este conhecimento em genética médica e doenças raras no curso de medicina; segundo ele a inclusão dessas disciplinas evitaria o longo tempo de espera por um diagnóstico. De fato, profissionais melhores preparados na academia têm maior grau de segurança em dar diagnósticos para doenças mais complexas, ao menos de fazer encaminhamentos de forma mais adequada e dar, então, prosseguimento à investigação da queixa do paciente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização desse estudo foi possível identificar que, buscar conhecer as ações realizadas pela gestão pública, bem como fazer levantamento dos problemas que a gestão de saúde enfrenta, considerando a realidade da região é uma maneira de se fazer valer o que está preconizado como política pública. Entendemos que na prática a realidade é diferente e que diante disso a gestão pública deve empenhar-se em prestar assistência integral a esses pacientes e seus familiares.

Depreende-se, ainda, que foi um grande avanço a criação de uma política pública nacional de atenção integral às pessoas com doenças raras; porém existem múltiplos fatores para que uma política pública seja exequível e que preste a sua finalidade. Quão complicado

SUMÁRIO



é para gestão pública gerenciar e executar uma política tão importante para os pacientes com DRs, pois vai além do que está preconizado para atenção integral às pessoas com DRs. As dificuldades vão da insuficiência de profissionais médicos geneticistas a um cenário econômico desfavorável para a saúde nacional; tais fatores contribuem para um itinerário demorado em busca de diagnóstico e tratamento e debilitação do sistema de saúde; o contexto é mais árduo ainda para a gestão pública do estado do Amazonas. Apesar disso, há pouco tempo no domínio do Poder Legislativo do estado do Amazonas foi criada a Lei N. 5.118, de 15 de Janeiro de 2020 que estabelece diretrizes gerais para políticas públicas de diagnóstico e tratamento de doenças raras no âmbito do Estado do Amazonas. Nela, é proposto ao Poder executivo que realize ações, entre elas: o mapeamento das pessoas com doenças raras, estimular a ensino, pesquisa e extensão em doenças raras na área de saúde e realizar ações de educação em saúde para esclarecimento da população sobre doenças raras.

Para finalizar, torna-se importante ressaltar a relevância da união de organizações profissionais, universidades, hospitais universitários, gestão pública, poderes governamentais, pacientes e familiares para darem engajamento de causa e contribuir para que a política nacional seja implementada efetivamente no sistema público de saúde do Estado do Amazonas.

REFERÊNCIAS

AURELIANO, W. A. Trajetórias Terapêuticas Familiares: doenças raras hereditárias como sofrimento de longa duração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 23, n. 2, p. 369-379, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2018.v23n2/369-380/pt>. Acesso em: 20 jun. 2020.

BIGLIA, L. V. *et al.* Incorporações de medicamentos para doenças raras no Brasil: é possível acesso integral a estes pacientes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 5547-5560, 2021.

SUMÁRIO



BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para atenção integral às pessoas com doenças raras no sistema único de saúde-SUS**. Portaria GM/MS nº 199 de 30. Brasília 2014. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/junho/04/diretrizes-doencas-raras.pdf>. Acesso em: 20 de jun. 2020.

FABRIZIO, G. C. *et al.* Gestão do cuidado de um paciente com Doença de Devic na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, 2018.

LIMA, M. A. F. D. **As associações de pacientes com doenças raras e as mídias sociais**. 2018. 169 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente, Fernandes Figueira, 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/40463/2/maria_lima_iff_dout_2018.pdf. Acesso em: 20 de jun. 2020.

MORAES, M. F. R. C. **A importância da implementação de uma política nacional efetiva de doenças raras**. 2019. 117 f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Instituto de Direito Público, Brasília, 2019. Disponível em: <https://repositorio.idp.edu.br/bitstream/123456789/2682/1/mariana%20fonseca%20ribeiro%20carvalho%20de%20moraes.pdf>. Acesso em: 22 de jun. 2020.

MOREIRA, M. C. N. *et al.* Quando ser raro se torna um valor: o ativismo político por direitos das pessoas com doenças raras no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 34, p. e00058017, 2018.

PASCARELLI, D. B. N.; PEREIRA, E. L. Doenças raras no Congresso Nacional brasileiro: análise da atuação parlamentar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, p. e00167721, 2022.

25

Ygor Riquelme Antunes

Aline do Couto Muniz

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL BIOMÉDICO NA GESTÃO DAS TECNOLOGIAS EM SAÚDE PRESENTES EM LABORATÓRIO CLÍNICO HOSPITALAR

SUMÁRIO

**Resumo:**

A biomedicina trata-se de uma área voltada para a prevenção, promoção e recuperação da saúde por intermédio de pesquisas científicas e diagnósticos complementares. Além disso, o biomédico pode ser um contribuinte para a gestão das tecnologias e serviços em saúde, tendo em vista seus conhecimentos nos campos da saúde, prestação e gestão de serviços no Sistema Único de Saúde. O presente trabalho teve como objetivo descrever a importância do profissional biomédico na gestão das tecnologias em saúde presentes em laboratório clínico hospitalar. Trata-se de uma revisão bibliográfica, com realização de uma pesquisa seletiva nas fontes de dados como a MEDLINE, LILACS, SciELO, PUBMED, Google Acadêmico e outros sites especializados na área. A busca foi orientada utilizando descritores como biomedicina, biomédico, laboratório clínico hospitalar, gestão em saúde, tecnologias em saúde. Por intermédio da RDC nº 308 de 27/06/2019 os biomédicos podem exercer a responsabilidade técnica pelo desenvolvimento e implementação de planos de gestão de tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde, uma vez que a utilização da tecnologia nos cuidados de saúde afeta diretamente a segurança dos pacientes. Tecnologias em saúde como softwares de gestão da qualidade, dispositivos móveis e telemedicina associada ao telediagnóstico são ferramentas auxiliares para prestar serviços de qualidade pelo laboratório ao paciente. Assim, os resultados deste trabalho apresentam o biomédico como um profissional capaz de atuar na gestão em saúde e no monitoramento da execução do Plano de Gerenciamento das Tecnologias em Saúde presentes em laboratório clínico hospitalar.

Palavras-chave: Biomedicina; Biomédico; Laboratório clínico hospitalar; Gestão em saúde; Tecnologias em saúde.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

A biomedicina, trata-se de uma área voltada para a prevenção, promoção e recuperação da saúde por intermédio de pesquisas científicas, diagnósticos complementares e atuações diversas em campos como o diagnóstico por imagem, diagnóstico laboratorial, reprodução humana, informática em saúde, gestão das tecnologias em saúde, tem se mostrado uma profissão extremamente dinâmica e em ascensão (JUNIOR, 2017; BRASIL, 2018).

O biomédico é um profissional da saúde, cuja regulamentação da profissão se deu pela Lei n.º 6.684, de 03 de setembro de 1979. Segundo o art. 4º da referida lei, compete a esse profissional atuar em equipes de saúde, a nível tecnológico e nas atividades complementares de diagnósticos (COSTA, TRINDADE, PEREIRA, 2010). Em 27 de junho de 2019, esses profissionais alcançaram um novo segmento de atuação quando o Diário Oficial da União publicou a Resolução do Conselho Federal de Biomedicina (CFBM) que dispõe sobre atos do profissional biomédico em gestão das tecnologias em saúde (CFBM, 2019). Além disso, ética, respeito ao ser humano e rigor científico são os princípios que conduzem a rotina de trabalho do biomédico. Atuando de forma integrada com os demais profissionais da área e com as diversas instâncias do complexo sistema de saúde, podendo atuar como agente transformador da realidade em benefício da coletividade (CAMPOS, 2021).

A variedade dos campos de atuação profissional como análises clínicas, auditoria, docência e pesquisa, sanitária, biotecnologia, saúde pública e a ampla experiência adquirida durante o processo de graduação apontam a necessidade de se discutir e explorar a capacidade e as oportunidades de atuação do biomédico no campo de gestão das tecnologias em saúde, uma vez que tais profissionais podem contribuir

SUMÁRIO



para o desenvolvimento de normas e rotinas técnicas de procedimento que sejam padronizados, atualizados, registrados e acessíveis aos profissionais envolvidos em cada etapa do gerenciamento (CHAVES, 2010; CFBM, 2019).

A Resolução de Diretoria Colegiada - RDC n.º 509 publicada em 27 de maio de 2021 dispõe sobre a gestão das tecnologias em saúde em instituições de saúde, com intuito de estipular normas mínimas a serem aplicadas a fim de assegurar a qualidade, eficácia, efetividade e segurança no uso das tecnologias utilizadas no fornecimento de serviços de saúde (BRASIL, 2021).

Portanto, diante desse amplo contexto, é possível visualizar o profissional biomédico como peça-chave e contribuinte para a gestão das tecnologias e serviços em saúde, por seus conhecimentos nos campos da saúde, prestação e gestão de serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), e por sua capacidade técnica de gerenciar equipes e estabelecimentos de saúde (BARRETO, 2004).

Questão de pesquisa

É possível o profissional biomédico ser responsável técnico pela elaboração e implantação do plano de gerenciamento das tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde realizados em laboratório clínico hospitalar?

Objetivo geral

Descrever a importância do profissional biomédico na gestão das tecnologias em saúde presentes em laboratório clínico hospitalar.

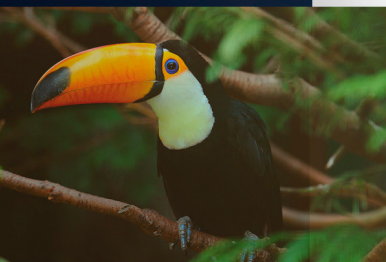
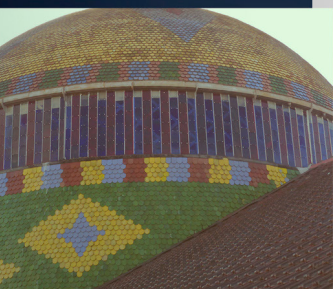
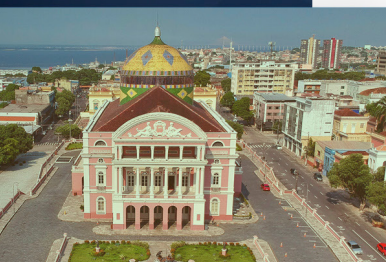
SUMÁRIO

Objetivos específicos

- Descrever sobre a atuação do biomédico na gestão das tecnologias em saúde;
- Relatar as tecnologias em saúde presentes em laboratório clínico hospitalar;
- Identificar as contribuições em saúde que a gestão biomédica pode proporcionar para qualidade dos serviços laboratoriais prestados.

Justificativa

Sabe-se que a saúde e a tecnologia podem ser grandes aliadas, uma vez que a saúde possui um papel determinante na sociedade. Entretanto, para isso, é necessário abrir mão de antigos conceitos e dar espaço às inovações. Dessa forma, acredita-se que a presente proposta de estudo pode descrever e divulgar a importância da atuação do profissional biomédico na gestão das tecnologias em saúde, contribuindo para que seu trabalho se torne mais eficiente, além de demonstrar a relevância de conhecer e compreender as tecnologias que melhor se adaptam às rotinas de análises clínicas realizadas em laboratório hospitalar e usá-las para progredir de modo a oferecer a gestão de bons serviços de saúde e alcançar resultados de qualidade.



REVISÃO TEÓRICA

Uso de tecnologias no sistema de saúde

O desenvolvimento, introdução e uso de tecnologias no sistema de saúde, e a sua sustentabilidade, estão inseridos num contexto social e econômico, que resulta da geração e utilização contínua de bens e produtos (BRASIL, 2010).

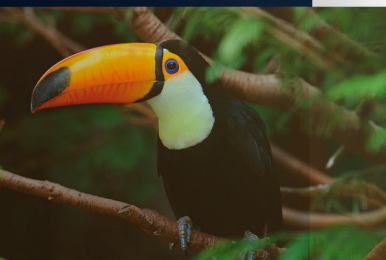
Ao longo das últimas décadas, os sistemas de saúde foram influenciados pelas economias de mercado e por políticas públicas com perspectivas diversas e pelo fortalecimento do papel de seus profissionais e usuários que, em conjunto, exercem uma forte pressão pela implementação de novas tecnologias (CAVALCANTE, 2019).

O aumento contínuo dos custos dos cuidados de saúde que ocorreu nas últimas duas décadas, o aumento da produção de novas tecnologias e as mudanças no perfil epidemiológico da população levaram a uma diversificação das necessidades de cuidados (RUA, 2014). Deste modo, existe uma necessidade social e política de estabelecer mecanismos de coordenação intersetorial para a produção, introdução e utilização de tecnologias no sistema de saúde (CAVALCANTE, 2019).

No Brasil, por meio da Lei 8.080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) visa assegurar a universalidade e integralidade dos cuidados de saúde e melhorar o acesso da população à rede de cuidados de saúde (BRASIL, 1990). No entanto, tem-se observado que os recursos existentes nem sempre são utilizados da forma mais eficaz e justa para atingir este objetivo (BRASIL, 2016).

Sendo assim, a fim de assegurar o princípio da integridade, deve ser dada prioridade à adoção de novas tecnologias para aquelas

SUMÁRIO



SUMÁRIO



que são eficazes e seguras, cujos danos e riscos não superam os seus benefícios, beneficiando assim todos aqueles que delas necessitem e não prejudiquem os cuidados de outros segmentos da população (BRASIL, 2016; REIS, OLIVEIRA; SELLERA, 2012).

A Resolução RDC n.º 509 de 27 de Maio de 2021 regulamenta a gestão das tecnologias em saúde em instituições de saúde, com o objetivo de estabelecer normas mínimas a serem utilizadas a fim de garantir a qualidade, eficácia, efetividade e segurança no das tecnologia empregadas na prestação de serviços de saúde, sendo essencial para prevenção de ocorrências adversas graves (BRASIL, 2021).

Em vista disso, um Plano de Gestão de Tecnologias de Saúde (PGTS) deve ser desenvolvido por profissional de nível superior e implementado em todos os estabelecimentos de cuidados de saúde, incluindo laboratórios, e deve incluir planejamento físico, material e de recursos humanos, assim como a capacitação de profissionais envolvidos no processo e rastreabilidade dos produtos desde a sua recepção até à sua eliminação (BRASIL, 2010; SILVA, PETRAMALE; ELIAS, 2012).

O processo de gestão da tecnologia em saúde implica uma consideração referente ao princípio da equidade, uma vez que o SUS é um sistema hierárquico. A gestão da tecnologia da saúde é, portanto, definida como um conjunto de atividades de gestão relacionadas com os processos de avaliação, incorporação, disseminação, gestão da utilização e retirada de tecnologias do sistema de saúde (BRASIL, 2021; BRASIL, 2017). Este processo deve basear-se nos princípios de equidade, universalidade e integração que sustentam os cuidados de saúde no Brasil, para além das necessidades de saúde, orçamentos públicos, responsabilidades dos três níveis de governo e controle social (BRASIL, 2019).

Segundo a Portaria 2.510/GM de 19 de Dezembro de 2005, a tecnologia da saúde refere-se a medicamentos, materiais, equipamentos, procedimentos, organização, educação, informação, sistemas de

SUMÁRIO



apoio, programas e protocolos através dos quais se presta atenção e cuidados de saúde às pessoas.

A Resolução CFBM nº 308, publicada no Diário Oficial em 27 de Junho de 2019, que rege a conduta dos profissionais biomédicos com habilitação na gestão das tecnologias em saúde.

Essa nova qualificação em biomedicina corresponde a um conjunto de atividades de gestão relacionadas com a avaliação, incorporação, disseminação e gestão da utilização de tecnologias e a sua retirada do sistema de saúde (CFBM, 2019). Na prática, as funções dos profissionais biomédicos neste campo são semelhantes às dos profissionais formados em gestão da saúde, com destaque para a gestão das tecnologias utilizadas neste campo (SOUZA, 2016).

Os profissionais biomédicos podem exercer a responsabilidade técnica pelo desenvolvimento e implementação de planos de gestão de tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde. Controlam também a implementação do plano de gestão e facilitam uma avaliação anual da sua eficácia (OLIVEIRA, 2018; CAMPOS, 2021).

Os biomédicos devem introduzir mecanismos no plano de gestão tecnológica que permitam a rastreabilidade da tecnologia utilizada no serviço de saúde. Além disso, devem desenvolver normas e rotinas técnicas padronizadas para a implementação de atividades de gestão das tecnologias em saúde, de modo que sejam atualizadas, registadas e tornadas acessíveis aos profissionais envolvidos em cada fase da gestão (ALVES, 2015; OLIVEIRA *et al.*, 2018; COSTA, BELO e GAMARRA; 2022).

A evolução digital tem impulsionado o desenvolvimento de novas práticas de gestão e execução de exames. A incorporação de inovações tecnológicas na saúde pode melhorar a eficiência dos processos clínicos, aumentar a produtividade e reduzir o desperdício de recursos financeiros nos laboratórios de análises clínicas (OLIVEIRA, 2018; PONTES, 2019).

SUMÁRIO



Os avanços na tecnologia da saúde levaram ao surgimento de várias ferramentas para informatizar os laboratórios clínicos e melhorar a produtividade. As principais tecnologias nos laboratórios clínicos, além de serem essenciais para a qualidade do serviço, também trazem economia nos orçamentos, rapidez nos serviços de atendimentos e coleta, e contribuem para uma maior confiança dos pacientes na utilização do SUS (PONTES, 2019; CRUZ; MIERZWA, 2020).

Outro fator importante é a contribuição das ferramentas tecnológicas para a produção de resultados precisos e o fornecimento de resultados confiáveis. Sempre que possível, todos os laboratórios clínicos em sistemas públicos e privados devem dispor de equipamento, ferramentas de gestão e outros recursos que contribuam para as rotinas de trabalho e acelerem os processos internos, a fim de proporcionar o tratamento adequado aos pacientes e analisar fielmente o que é necessário no laboratório (OLIVEIRA, 2018; CFBM, 2019; COSTA, BELO; GAMARRA, 2022).

METODOLOGIA

Classificação da pesquisa

O presente artigo trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e revisão bibliográfica, uma vez que a pesquisa usa a subjetividade que não pode ser traduzida em números. Sendo o processo descritivo, indutivo e de observação que considera a singularidade do sujeito e a subjetividade do fenômeno, sem levar em conta princípios já estabelecidos. Além disso, visa identificar e descrever sobre a importância do profissional biomédico na gestão das tecnologias em saúde presentes em laboratório clínico hospitalar. Realizando assim uma busca sistemática de conhecimento sobre o assunto a ser abordado, do que

SUMÁRIO



já existe, o que os diferentes autores já discutiram, propuseram ou realizaram. Uma vez que foi elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos de periódicos e, atualmente, com material disponibilizado na Internet.

Universo

A população foi constituída pelas publicações disponíveis na literatura relacionadas ao tema da pesquisa proposta.

Amostra

Foi composta por publicações que responderam à questão da presente pesquisa, sendo considerados artigos relacionados ao tema da pesquisa publicados no período de 2011 a 2022 em língua portuguesa e inglesa.

Instrumentos de coleta de dados

Para coleta dos dados foi realizada uma pesquisa bibliográfica seletiva nos bancos de dados das seguintes fontes de pesquisa como a MEDLINE, LILACS, SCIELO, PUBMED, Google Acadêmico e outros sites especializados na área. A busca foi orientada utilizando os seguintes descritores: biomedicina, biomédico, laboratório clínico hospitalar, gestão em saúde, tecnologias em saúde.

SUMÁRIO



Tratamento dos dados

Ao final do levantamento bibliográfico, foram efetivamente utilizados para confecção do trabalho os artigos selecionados conforme a qualidade e relevância com o tema proposto, a fim de estabelecer relações entre os dados obtidos e as hipóteses inicialmente formuladas, com o objetivo de responder ao problema da presente proposta de pesquisa.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A preocupação dos gestores dos serviços de saúde em todo o mundo acerca dos seus recursos limitados é ilustrada pelo fato que desde a Segunda Guerra Mundial, os custos dos serviços de saúde aumentaram significativamente em todos os países como resultado do grande avanço tecnológico (DUARTE *et al.* 2019).

No Brasil, há regulamentações a respeito do gerenciamento das tecnologias em saúde, cujo objetivo é estipular normas mínimas que os estabelecimentos de saúde devem cumprir na gestão das tecnologias em saúde utilizadas nos serviços prestados, desde o momento em que estas tecnologias entram na instalação de saúde até à sua eliminação final, para assegurar a sua rastreabilidade, eficácia de qualidade, segurança e produtividade, incluindo o planejamento e formação dos recursos materiais e humanos relevantes, assim como a qualificação dos profissionais envolvidos (BRASIL, 2010; GOLVEIA; ÁTILA; RIBEIRO, 2015).

A resolução RDC nº. 509 de 27 de maio de 2021 prevê a gestão das tecnologias em saúde nas instalações de saúde. Diante disso, Cates e colaboradores (2018) demonstram que a tecnologia em saúde

SUMÁRIO



pode ser organizada hierarquicamente, com componentes utilizados a cada nível: tecnologia de atenção em saúde (sistemas de apoio organizacional), tecnologia médica (procedimentos) e tecnologia biomédica (medicamentos e equipamentos).

De acordo com Brasil (2010; 2017), as instituições de saúde devem escolher profissionais com formação superior, registrados ativamente nos seus conselhos de classe, para serem responsáveis pela preparação, implementação e monitorização do Plano de Gerenciamento das Tecnologias utilizados na prestação de serviços de saúde. A resolução nº 308 de 27 de Junho de 2019 publicada pelo Conselho Federal de Biomedicina aborda sobre o comportamento dos profissionais biomédicos qualificados em relação à gestão da tecnologia nos cuidados de saúde, uma vez que a utilização da tecnologia nos cuidados de saúde afeta diretamente a segurança dos pacientes.

Diante disso, segundo o CRBM 1ª região (2021), a biomedicina tem-se mostrado uma profissão muito dinâmica e em crescimento, um campo de conhecimentos centrado na prevenção, promoção e restauração da saúde através de atividades nos campos como investigação científica, diagnóstico complementar, diagnóstico laboratorial, estética e perfusão extracorpórea. Conforme o CFBM (2020), este dinamismo deve-se ao vasto conhecimento interdisciplinar que os profissionais biomédicos adquirem durante a sua formação básica, permitindo-lhes a atuação em 35 áreas diferentes, dentre elas à gestão de serviços públicos e gestão de serviços de saúde.

A variedade de campos de trabalho dos profissionais biomédicos, as premissas jurídicas do Conselho Federal de Biomedicina na definição dos campos de trabalho destes profissionais, e a vasta experiência adquirida pelos mesmos durante a sua formação destacam a necessidade de discutir e explorar as competências e capacidades dos biomédicos para trabalhar na gestão dos serviços de saúde dos setores público e privado (OLIVEIRA *et al.*, 2018; CFBM, 2022).

SUMÁRIO



Em termos gerais, Oliveira e colaboradores (2018) destacam que os biomédicos podem ser vistos como atores importantes e contribuintes para a gestão dos cuidados de saúde através dos seus conhecimentos em áreas tais como cuidados de saúde, prestação e gestão de serviços, sistemas integrados de saúde e competência técnica para gerir equipas e instituições de cuidados de saúde. Esses profissionais podem ser atuar como gestores das tecnologias em saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento, implementação e monitorização do Plano de Gerenciamento das Tecnologias, de acordo com as instruções contidas na resolução RDC da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) n.º 2 de 25 de Janeiro de 2010 e resoluções subsequentes (ANTHONY, 2019).

A Resolução CFBM n.º 308 de 27 de junho de 2019 exige que os profissionais biomédicos envolvidos na gestão da tecnologia médica atuem como gestores de tecnologia para desenvolver e implementar o plano de gestão das tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde. São responsáveis pela monitorização da implementação do plano de gestão, facilitando a avaliação anual da sua eficácia e assegurando que todos os atributos e responsabilidades profissionais relacionados com a gestão da tecnologia médica sejam formalmente definidos, descritos, divulgados e compreendidos pelos envolvidos nas atividades de gestão (BRASIL, 2010; CFBM, 2019).

Uma das competências do gestor biomédico é a de incluir mecanismos no plano de gestão tecnológica para acompanhar as tecnologias utilizadas no serviço de saúde. Além disso, deve ser dada a mesma atenção à implementação de regulamentos técnicos para atividades de gestão de tecnologia médica, normas e procedimentos padrão disponíveis para os profissionais envolvidos em cada fase de renovação, registo e gestão (CRBM, 2021). Como gestores de tecnologia médica, os biomédicos também são responsáveis por notificar o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária sobre eventos adversos e

SUMÁRIO



queixas técnicas relacionadas com tecnologias em saúde, produtos e dispositivos médicos, conforme estipulado pelas normas, resoluções e diretrizes específicas da ANVISA (CFBM, 2019).

Chaves e Oliveira (2022) demonstram que a transformação digital levou ao desenvolvimento de novos métodos para a implementação da gestão da saúde e a realização de exames laboratoriais. A utilização de tecnologias biomédicas de saúde melhora não só a economia mas também a saúde da população como um todo, maximiza os benefícios de saúde obtidos com os recursos disponíveis e assegura que a população tenha acesso a tecnologias eficazes e seguras em termos de equidade.

A adoção de inovação tecnológica nos cuidados de saúde pode melhorar a eficiência dos processos clínicos, aumentar a produtividade e reduzir o desperdício de recursos financeiros nos laboratórios clínicos (MEIRELLES; GONÇALVEZ; FREITAS, 2020). As tecnologias inovadoras permitem que todos os sistemas funcionem de forma integrada, ligando diferentes departamentos laboratoriais com outras unidades para o encaminhamento de demandas. Estes sistemas integrados possibilitam a gestão de todas as atividades realizadas na rede e a delegação de funções em unidades especializadas de análise clínica (COSTA; BELO; GAMARRA, 2022).

As tecnologias-chave nos laboratórios clínicos, para além de serem essenciais para a qualidade dos cuidados, também contribuem para economias orçamentais, serviço e recolha de dados mais rápidos, e aumento da confiança dos pacientes e colaboradores (MEIRELLES; GONÇALVEZ; FREITAS, 2020). Souza (2016) demonstra que os instrumentos tecnológicos também desempenham um papel importante para garantir resultados precisos e confiáveis. Evidentemente, isto é essencial para assegurar que os pacientes sejam tratados corretamente e que as análises laboratoriais sejam ainda mais precisas.

SUMÁRIO



Uma vez que a tecnologia existe em todas as áreas, é importante que os profissionais biomédicos responsáveis pela gestão da tecnologia em saúde presente no laboratório de análises clínicas determinem o que irão utilizar para os serviços que prestam aos utilizadores. Isto porque é uma ferramenta que apoia o processo desde a admissão até a emissão de laudos aos médicos. É também um recurso que ajuda na faturação de seguros de saúde e na gestão de estatísticas com a realidade do laboratório (PONTES, 2019).

Coelho e Carvalho (2017) ressaltam que de todas as tecnologias médicas presentes nos laboratórios clínicos hospitalares, os softwares de gestão auxiliam os laboratórios clínicos como um instrumento para tomada de decisão. Permite organizar todas as atividades e processos, controlar os níveis de desempenho e os responsáveis pelas tarefas a realizar (COELHO; CARVALHO, 2017).

Os estudos realizados por Martelli (2019) e Vieira *et al.* (2020), destacam que os softwares de gestão da qualidade podem ser utilizados para sistematizar algumas tarefas de inspeção, auxiliar no acompanhamento dos processos internos, bem como os horários dos testes e os cancelamentos. Destacam ainda que funciona de forma viável na nuvem, permitindo visualizar registos de pacientes que foram armazenados sem ter de investir em instalações físicas ou servidores.

Outra tecnologia disponível são os dispositivos vestíveis, utilizados pelos pacientes para diferentes fins. São pulseiras ou dispositivos que podem recolher dados sobre pressão arterial, ritmo cardíaco, temperatura corporal, níveis de glicose no sangue, entre outros (MOREIRA, 2017). São ferramentas auxiliares para que o profissional de laboratório tenha acesso a dados precisos sobre o estado de saúde do paciente. Todos os dados do dispositivo são transmitidos para o sistema onde são processados pelo software e é emitido um relatório com precisão e rapidez. Os números também ajudam os médicos a compreender

SUMÁRIO



a rotina diária do paciente e quaisquer alterações que possam estar a ocorrer no corpo (ROCHA *et al.*, 2016; PINHEIRO; CLÍMACO, 2017).

Conforme destacado por Santana e colaboradores (2020), a telemedicina é outra tecnologia médica que está a mudar o laboratório de análises clínicas. Incorpora uma série de ferramentas de comunicação que permitem a interação entre pacientes e médicos sem a necessidade de uma reunião presencial. A tecnologia permite o acesso remoto aos resultados e consultas com especialistas de qualquer parte do mundo. É uma forma de tornar o serviço de excelência mais acessível e possível. Em laboratórios, os laudos dos exames de sangue, urina, fezes, entre outros podem ser emitidos online e enviados a especialistas que analisam os resultados, para que os pacientes atendidos possam obter resultados rápidos e precisos (SANTOS *et al.*, 2018; SANTANA *et al.*, 2020).

Segundo Chaves e Oliveira (2022), os profissionais biomédicos responsáveis pela gestão das tecnologias médicas disponíveis nos laboratórios clínicos hospitalares devem lembrar-se de que simplesmente ter a tecnologia à sua disposição não é suficiente para prestar cuidados de qualidade ao paciente, e que estes cuidados devem ser prestados de forma humana, tendo em conta as necessidades específicas de cada paciente e as condições orçamentais de cada laboratório clínico, seja ele pequeno, médio ou grande.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização de várias ferramentas e plataformas de comunicação é um desafio fundamental para os gestores dos laboratórios de análises clínicas. No entanto, os avanços na ciência e tecnologia e a expansão da indústria na área da saúde estão acelerando cada vez mais a introdução de novas tecnologias nos laboratórios. Sendo

SUMÁRIO



assim, é importante que os profissionais biomédicos responsáveis pela gestão das tecnologias em saúde presentes no laboratório de análises clínicas determinem claramente quais tecnologias irão utilizar para os serviços que prestam aos utilizadores, pois a introdução ou utilização inadequada destas tecnologias sem critérios claros de gestão não só cria riscos para os utilizadores, como também prejudica a eficiência do sistema de saúde.

À vista disso, os resultados da presente pesquisa demonstraram que através da Resolução nº 308, de 27 de junho de 2019 do CFBM, o biomédico é capaz de exercer a função de responsável técnico pela elaboração e implantação do Plano de Gerenciamento das Tecnologias utilizadas na prestação de serviços de saúde realizados em laboratório clínico hospitalar, assim como de promover a avaliação da sua efetividade, garantindo que todas as atribuições e responsabilidades profissionais relativas a essas tecnologias estejam formalmente designadas, descritas, divulgadas e compreendidas pelos envolvidos nas atividades ofertadas à população.

Além disso foi possível observar através desta pesquisa que as tecnologias em saúde como softwares de gestão e de gestão da qualidade, dispositivos móveis e telemedicina associada ao telediagnóstico são ferramentas auxiliares para que o laboratório clínico hospitalar ofereça serviços de maior qualidade aos pacientes.

Desse modo, é possível considerar o biomédico um profissional multidisciplinar capaz de atuar na gestão em saúde, visto que conhece as áreas básicas da saúde pública, bem como o Sistema Único de Saúde, proporcionando assim, uma boa gestão das tecnologias em saúde presentes no laboratório, impactando diretamente na segurança dos pacientes e promovendo maior qualidade e desempenho das técnicas utilizadas na prestação de serviços em saúde desde a admissão dos pacientes até à emissão de laudos aos médicos.

SUMÁRIO

Devido ao fato da gestão das tecnologias em saúde ser uma habilitação recente do biomédico, encontrou-se algumas limitações quanto ao acervo bibliográfico disponível para consulta, dificultando um pouco a abordagem de maiores informações e comparações entre resultados na respectiva área.

Visando a realização de pesquisa futuras, o presente estudo sugere à realização de estudos práticos relacionados ao gerenciamento das tecnologias em saúde presentes em laboratório clínicos hospitalares, levando em consideração a expertise de cada área de atuação, associada à estudos científicos envolvendo as diferentes tecnologias em saúde, para que assim, os gestores responsáveis tomem as devidas decisões que tragam resultados mais concretos ao sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

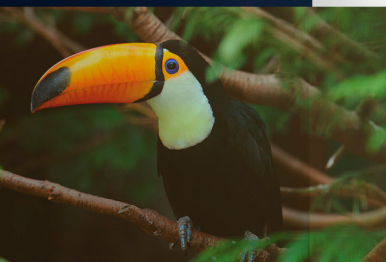
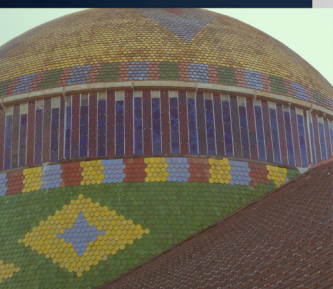
ALVES, C. S. **Gestão de tecnologias em saúde: desafios para o engenheiro biomédico**. Dissertação de Mestrado em Engenharia Biomédica. Universidade de Brasília. Brasília. 2015.

ANTHONY, I. Gestão das Tecnologias de Saúde: Uma nova habilitação para os biomédicos. **Revista Brasileira de Biomedicina**. V. 2. Nº 1. Ribeirão Preto. SP. 2019.

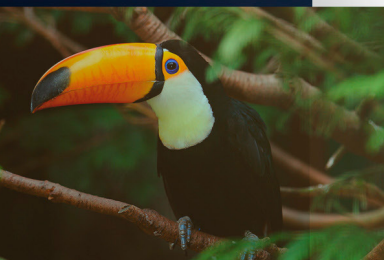
BARRETO M. L. Os determinantes das condições de saúde das populações: qual o papel do sistema de saúde? Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública** vol.20 suppl.2 2004.

BRASIL. Decreto 88.439, de 28 de junho de 1983. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da profissão de Biomédico de acordo com a Lei nº 6.684, de 03 de setembro de 1979 e de conformidade com a alteração estabelecida pela Lei nº 7.017, de 30 de agosto de 1982. **Diário Oficial [da] República**, Brasília, 28 jun. 1983. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D88439.htm. Acesso em: 04 julho 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm V. 128, n. 182, 20 set. Brasília. 1990.



SUMÁRIO



BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes metodológicas: avaliação de desempenho de tecnologias em saúde.** Redesta & Brisa. 2ªed. Brasília. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de planejamento no SUS /** Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. – 1. ed., rev. – Brasília.2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília. Editora MS. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.510, de 19 de Dezembro de 2005.** Institui Comissão para Elaboração da Política de Gestão Tecnológica no âmbito do Sistema Único de Saúde - CPGT. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2510_19_12_2005.html Acesso em: 21 jul. 2022.

BRASIL. **Resolução RDC nº 509 de 27 de maio de 2021. Gerenciamento de Tecnologias em Saúde em estabelecimentos de saúde.** Órgão emissor: ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0509_27_05_2021.pdf. 2021.

CAMPOS, D. **Manual do biomédico: história, atuação, importância para a saúde, para educação, e para a sociedade brasileira.** Disponível em: http://crbm1.gov.br/MANUAL_BIOMEDICO.pdf. Acesso em: 05 jul. 2021.

CATES, C. S. *et al.* **Avaliação de tecnologias e excelência em saúde.** Centro Colaborador do SUS. v. 15, n. 8. Belo Horizonte. 2018.

CAVALCANTE, P. **Inovação e políticas públicas: superando o mito da ideia.** Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea. Brasília. 2019.

CFMB. Conselho Federal de Biomedicina. **Habilitações Profissionais do Biomédico.** Disponível em <https://cfbm.gov.br/profissionais/habilitacao/>. Brasília, 2020. Acesso em: 15 jul. 2022.

CFMB. Conselho Federal de Biomedicina. **Resolução nº 308, de 27 de junho de 2019:** Dispõe sobre atos do profissional biomédico com habilitação em gestão das tecnologias em saúde. Disponível em: <https://cfbm.gov.br/resolucao-no-308-de-27-de-junho-de-2019/>. Brasília, 2019. Acesso em: 10 jul. 2021.

CHAVES, C. D. **Controle de qualidade no laboratório de análises clínicas.** Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 46, n. 5, p. 352-352, 2010.

CHAVES, G. L.; OLIVEIRA. B. R. L. Importância da tecnologia nos laboratórios de análises clínicas. **Revista Brasileira de Ciências Biomédicas.** V. 3 n. 1. São Paulo. 2022.

SUMÁRIO



COELHO, J. M. M.; CARVALHO, A. O. Tecnologias da informação na gestão da saúde. **Revista Produção Online**, v. 12, n.º 4, p.1031–1056. 2017.

COSTA, F. B.; TRINDADE, M. A. N.; PEREIRA, M. L. T. A inserção do biomédico no programa de saúde da família. **Revista Eletrônica Novo Enfoque**, v. 11, n. 11, p. 27 – 33, Rio de Janeiro. 2010.

COSTA, V. G.; BELO, M. S. S. P.; GAMARRA, T. P. N. Produção científica sobre profissionais biomédicos e promoção da saúde: uma revisão de escopo. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. V. 11, n. 3. Rio de Janeiro. 2022.

CRBM. Conselho Regional de Biomedicina 1ª Região. **Manual do Biomédico – Edição digital**. Disponível em: https://crbm1.gov.br/site2019/wp-content/uploads/2021/06/Manual_do_Biomedico_2021_V4.pdf. São Paulo. 2021. Acesso em 05 abr. 2022.

CRUZ, N.; MIERZWA, J. C. **Saúde pública e inovações tecnológicas para abastecimento público**. Universidade de São Paulo. Escola Politécnica. Departamento de Engenharia Hidráulica e Ambiental. São Paulo, SP, Brasil. 2020.

DUARTE, A. L. C. *et al.* Avaliação econômica em saúde: Desafios para a gestão no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**. v. 11, n. 11, p. 27 – 33, São Paulo. 2019.

GOLVEIA, W. T.; ÁTILA, L. B.; RIBEIRO, P. V. **Avaliação de Tecnologias em Saúde Ferramentas para a Gestão do SUS**. Ciência e Saúde Pública. 3ª ed. Brasília. 2015.

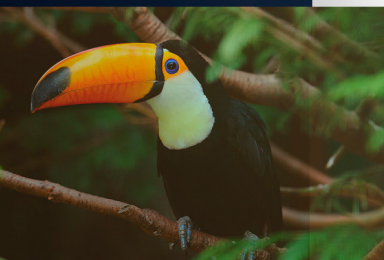
JUNIOR, L. G. B. C. **Atuação do biomédico na gestão de laboratório clínico hospitalar**. UNICATÓLICA, 2017. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.fcrcs.edu.br/index.php/mostrabiomedicina/article/view/1824/1536>. Acesso em: 08 jul. 2018.

MARTELLI, A. **Gestão da qualidade em laboratórios de análises clínicas**. Cient Ciênc Biol Saúde. 2019.

MEIRELLES, M. G.; GONÇALVEZ, G. H.; FREITAS, B. F. Avanços na área biomédica impulsionados pelas tecnologias em saúde. **Revista Eletrônica de Biomedicina**. 2020.

MOREIRA, S. P. F. V. **Sistemas de Informação Wearable aplicados à área da saúde**. Repositório Científico do Instituto Politécnico do Porto. Porto, Portugal. 2017.

SUMÁRIO



OLIVEIRA, J. M. A. *et al.*; A importância da atuação do profissional biomédico na gestão de serviços de saúde pública. **Medicina e Saúde**, V. 1, n. 2, p. 41-46, jul./dez. Rio Claro. 2018.

PINHEIRO, C. V.; CLÍMACO, M. I. N. Dispositivos móveis de saúde: viabilidade econômica e social dos Wearables como complemento aos sistemas de informação na saúde. **Revista de Saúde Coletiva**. 3^a ed. 2017.

PONTES, P. **O impacto das novas tecnologias nos laboratórios de análises clínicas**. PIXEON. Florianópolis. 2019.

REIS, A. F.; OLIVEIRA, P. T. R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. v.6, n.2, Sup., Ago., Rio de Janeiro. 2012.

ROCHA, T. A. H. *et al.* Saúde Móvel: novas perspectivas para a oferta de serviços em saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**. v. 25. n 1. 2016.

RUA, M. G. **Políticas públicas**. Brasília. 3^a ed. rev. atual. Departamento de Ciências da Administração. UFSC, CAPES, UAB, Florianópolis 2014.

SANTANA, F. C. *et al.* Telemedicina: validação de sistema de telediagnóstico em saúde. **Revista Informática em Saúde**. 3^a ed. 2020.

SANTOS, A. F. *et al.* Implantação de Rede de Telessaúde para Atenção Primária no Sistema Único de Saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** da Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 6^a ed. Rio de Janeiro. 2018.

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS, F. T. S. Avanços e desafios da política nacional de Gestão de Tecnologia em Saúde. **Revista Saúde Pública**. Brasília, 2012.

SOUZA, L. E. P. F. Tecnologia Biomédica - Saúde, desenvolvimento e inovação: uma contribuição da teoria crítica da tecnologia ao debate. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 32, supl. 2, Rio de Janeiro. 2016.

VIEIRA, K. F. *et al.* A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. **Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial**. v. 47. n. 3. p. 201-210. 2020.

26

Vanderson de Souza Pereira

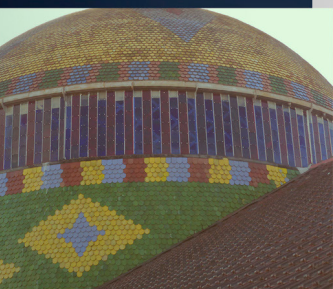
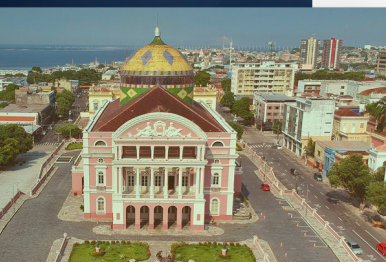
Daniel Cerdeira de Souza

SAÚDE MENTAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA BRASILEIRA:

revisão integrativa de literatura

DOI: [10.31560/pimentacultural/2023.96139.26](https://doi.org/10.31560/pimentacultural/2023.96139.26)

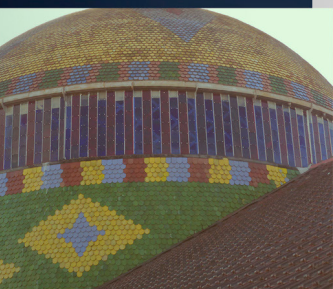
SUMÁRIO

**Resumo:**

No Brasil os povos indígenas correspondem a 0,4% da população brasileira. Essa população, entendida como uma diversidade de povos originários do país, apresenta altas taxas de suicídio, violência e uso de drogas e se apresentam expostos há vários fatores de risco. Considerando esse contexto, o objetivo desta revisão foi analisar a literatura publicada entre 2017-2022 sobre saúde mental da população indígena brasileira. O estudo consiste em uma revisão integrativa, que trabalhou com dados teóricos e empíricos. O universo final do estudo foi composto por sete artigos colhidos no Portal Periódicos Capes e na Biblioteca Virtual de Saúde, que foram analisados de primeiramente por intermédio de um instrumento de revisão e após, pelo procedimento de análise de conteúdo. Os resultados apontam para uma série de demandas de saúde mental vivenciados por essa população, como a alta vulnerabilidade para o suicídio, inclusive entre crianças. Uma das estratégias de políticas públicas para a oferta do cuidado em saúde dessa população foi a aprovação da Política Nacional de Atenção à saúde dos povos indígenas, mas as constantes invasões e conflitos por terra e a proximidade forçada com a cultura branca coloca esses povos em risco para o sofrimento psíquico e os vulnerabiliza para o consumo de álcool e outras drogas. Ao trabalhar a assistência em saúde mental na aldeia, o profissional encontra inúmeras barreiras que prejudicam a intervenção frente ao sofrimento psíquico, de modo que as políticas públicas de assistência à saúde mental da população indígena são de fundamental importância para garantir o cuidado aos pacientes na aldeia.

Palavras-chave: Saúde mental; População indígena; Políticas públicas.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

Nas últimas duas décadas houve um avanço significativo acerca do cuidado em saúde mental (SM) no Brasil, em grande parte impulsionado pela Reforma Psiquiátrica, através da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL. 2001). Alcântara, Vieira e Lopes (2022) verificaram que SM se trata de um tema que tem como característica a transversalidade, pois perpassa por diversas áreas do conhecimento as quais contribuem ou influenciam sua concepção. E com base nas publicações analisadas em sua pesquisa, perceberam há duas dimensões gerais relacionadas ao tema, “a psiquiatria e os transtornos mentais, em que está relacionada à intervenção da loucura a partir do tratamento da doença mental no âmbito hospitalar e manicomial; e a reforma psiquiátrica, os serviços de atenção psicossocial e a abordagem existencial da SM enquanto sofrimento psíquico” em que o cuidado está centrado no sujeito e não necessariamente na doença.

Para Zaidhaft e Ortega (2021), ao se tratar de SM há um problema de interpretação quando relacionado a diversidade cultural e com base nesta afirmativa o autor faz uma crítica aos manuais diagnósticos internacionais, como o CID 11 e o DSM-5, por não considerarem as variáveis culturais, uma vez que a relação entre transtornos mentais e cultura é um fator muito importante de interesse para a SM no mundo, e por outro lado tais manuais através de sua base empírica direcionam seu conteúdo a poucas culturas. De acordo com Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5, a definição de transtorno mental se dá a partir do estabelecimento das normas e valores culturais, sociais e familiares, uma vez as diferenças de uma sociedade para a outra marcam padrões de normalidade específicos em cada momento histórico e sociocultural, portanto o diagnóstico, deve consi-

SUMÁRIO



derar se há um comportamento que apresenta uma fuga das normas socioculturais e dificuldade de adaptação em contextos sociais e familiares específicos (DSM-5, 2014). Considerando essa questão, o objetivo deste estudo foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2022 sobre SM da população indígena brasileira.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística IBGE, no último censo realizado em 2010, foi identificada uma população de 817.963 indígenas, o que equivale a 0,4% da população brasileira total. Destes, 38,5% vivem na zona urbana e 61,5% vivem na zona rural. Verdum (2009) descreve os povos indígenas como uma diversidade de povos originários do país presentes em todos os estados que representa uma diversidade linguística com mais de 180 línguas e seu território, chamado “terras indígenas” constituiu 13% do território nacional e 21% da Amazônia brasileira.

A população indígena apresenta altas taxas de suicídio, violência e uso de drogas, sendo uma população vulnerável, que além de sofrer com a marginalização social e imposições, tem enfrentado, com o passar dos anos, um aumento significativo de problemas psicossociais, havendo, portanto, a necessidade de um cuidado direcionado de assistência à saúde mental considerando a interculturalidade para garantir melhor qualidade de vida à essa população (WAYHS *et al.*, 2019).

Mendes (2018) segue a mesma linha de raciocínio ao mencionar, em estudo acerca dos desafios da saúde indígena no Brasil, que os povos indígenas são sistematicamente desfavorecidos, uma vez que há uma disparidade significativa entre os indicadores de saúde desta população quando comparados aos indicadores da população não indígena, e que apesar do avanço no acesso à saúde desde a criação da Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos indígenas (PNASPI) (BRASIL, 2002), que estimula a participação social, através das conferências e conselhos de saúde indígena e formação de profissionais, bem com a redução das desigualdades sociais, ainda assim esses problemas

SUMÁRIO



persistem o que demonstra que a atenção primária à saúde desses povos não cumpre seu papel de forma efetiva nesta população.

De acordo com Bezerra (2018), ao pesquisar o perfil de mortalidade da população indígena brasileira no período de 2010 a 2018, verificou que houve 310 mortes de indígenas associadas à transtornos mentais e comportamentais, com uma alta prevalência em indígenas do gênero masculino com associação ao uso de álcool, uma vez que 230 óbitos estão relacionados ao uso desta substância.

A população indígena apresenta uma exposição aos fatores de risco ao suicídio e depressão maior do que a população não-indígena, e para diminuir as taxas de sofrimento psíquico, ideação e a consumação do ato, é necessário que sejam realizadas intervenções precoces a partir de políticas públicas, como por exemplo a instalação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) indígena na aldeia, para que o indígena em sofrimento mental possa ser assistido por uma equipe especializada (MOTA *et al.*, 2022).

Em pesquisa sobre suicídio e povos indígenas no Brasil, os autores verificaram que quando se trata da taxa média de mortalidade por cem mil habitantes, os indígenas apresentam o dobro de suicídio da população brasileira nos anos de 2005 e 2014, conforme dados apresentados do Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, principalmente no Mato Grosso do Sul e no Amazonas, a população mais afetada estava na faixa etária de 15 a 29 anos, estas taxa de suicídio evidenciam a presença de problemas como transtornos mentais, desemprego, exclusão social, bem como a falta de políticas públicas de assistência social, saúde e educação (VICTAL, *et al.*, 2019).

Problemas de violência e desentendimentos familiares, brigas por território e violência física e sexual, são apresentados como alguns fatores de risco para o suicídio na população indígena, no entanto, em estudo sobre a prevalência de transtornos mentais em população

SUMÁRIO



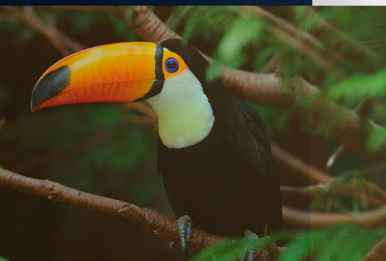
indígena infantil da Floresta Amazônica, Taveira *et al.* (2018), menciona que essas seriam justificativas muito vagas, e que a tentativa prévia de suicídio e a prevalência de transtornos mentais são tidos como principais fatores de risco, e que é necessário e imprescindível dar atenção especial ao estudo de tais transtornos.

Os indígenas, além de possuírem técnicas e instrumentos próprios de cura de doenças físicas, como a COVID-19, possuem também saberes e práticas que auxiliam na redução do sofrimento mental das comunidades, como rituais, benzimentos, plantas medicinais que são passados de geração em geração partir de um conhecimento natural presente no cotidiano da aldeia (OLIVEIRA, 2022).

Taveira *et al.* (2018), fazem uma comparação acerca dos problemas mentais de populações indígenas e não-indígenas, ao referir que os jovens não-indígenas vivem em áreas com alta taxa de criminalidade, problemas econômicos e sociais, entre outros problemas e dentro de uma abordagem sociológica seriam mais vulneráveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, no entanto, não é o que acontece. Conforme apresentado nos resultados de sua pesquisa, a autora menciona que as crianças e jovens indígenas, apesar de viverem longe das cidades industrializadas, apresentam manifestações evidentes de problemas mentais, como por exemplo a alta prevalência de problemas nas escalas de conduta, hiperatividade, problemas emocionais, entre outros, apresentadas pelos pais, e atribuem a essas manifestações aspectos biológicos comuns da espécie humana e não apenas a aos aspectos ambientais e culturais.

Um passo muito importante para que um olhar especial fosse direcionado à população indígena foi a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena através da Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, conhecida como “Lei Arouca”, que acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização

SUMÁRIO



e o funcionamento dos serviços correspondentes. Esse subsistema de saúde garante o acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com suas necessidades com base na realidade local e as especificidades da cultura dos povos indígena, devendo contemplar as políticas de assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação, meio ambiente, demarcação de terras, educação sanitária e integração institucional (BRASIL, 1999).

Para ofertar uma assistência de SM adequada é fundamental compreender as influências da cultura étnica-identitária e técnico-civilizatória, bem como contemplar a cultura como o principal veículo do processo de cuidado, uma vez que esta visão é importante para o fortalecer o vínculo terapêutico e propiciar condutas assertivas ao considerar as diferenças culturais (ZAIDHAFT; ORTEGA, 2021). Mas mesmo com a aprovação da PNASPI (BRASIL, 2002), não há nesta política uma abordagem direcionada à saúde mental propriamente dita.

Cerca de cinco anos após a criação da PNASPI foi publicada a portaria Nº2.759/2007 a qual estabelece diretrizes gerais para tal política. A portaria afirma a importância do respeito e preservação da cultura indígena no cuidado, ao destacar a relevância do respeito aos valores e cultura e de considerar o modo de organização de cada etnia para mobilizar recursos e criar soluções para os problemas da comunidade indígena (BRASIL, 2007).

Nesse sentido, o papel do profissional enfermeiro é fundamental na assistência à SM nas comunidades indígenas, para isso é necessário que este tenha pelo menos conhecimentos básicos acerca da saúde desta população. Santos, Cardoso e Siqueira (2021) mencionam que esse conhecimento, adquirido a partir da vivência humana com a cultura desses povos em área, junto ao conhecimento científico, o tornam um verdadeiro profissional e fazem com que a assistência tenha mais qualidade e ainda destacam a necessidade de criar estratégias que levem em consideração as peculiaridades dos povos indígenas,

SUMÁRIO



inclusive daqueles vivem mais distantes dos centros urbanos, uma vez que são mais vulneráveis em decorrência da falta de recursos materiais, estruturais e humanos.

Devido ao aumento gradual das demandas de SM nas aldeias, pode ser incluído na Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (EMSI), um enfermeiro psiquiátrico, o que pode ser uma boa estratégia para redução de danos, a portaria nº 1.317/2017, que adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas, ao referir à composição de equipes, o profissional da enfermagem pode ser incluído na equipe (BRASIL, 2017).

É muito importante a compreensão de que para tratar de SM na população indígena é necessário considerar que o indígena possui concepções de saúde, espiritualidade e modo de vida próprios de sua cultura, por isso deve-se ter um olhar cuidadoso, uma vez que o termo “saúde mental” tem origem nas tradições ocidentais. Deste modo torna-se fundamental adaptar o cuidado em SM aliado ao respeito às tradições e crenças desta população. No entanto, a saúde da mente está ligada a vários fatores, sejam eles biológicos, sociais, sanitários, e também culturais, que podem interferir na qualidade de vida das pessoas, sendo assim, é necessária uma abordagem diferenciada para evitar conflitos no sentido de, ao tentar cuidar da saúde, interferir diretamente nos processos culturais (SOUZA, 2018).

Este estudo, portanto, se justifica na inquietação de reunir as publicações de SM na população indígena brasileira para conhecer os principais aspectos que norteiam o subsistema de Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e contribuir para a literatura nacional, no sentido de fomentar pesquisas acerca deste tema tão importante que é a SM.

SUMÁRIO



METODOLOGIA

O estudo consiste em uma revisão integrativa (RI), que trabalhou com dados teóricos e empíricos, seguindo o proposto por Whitemore e Knafel (2005), a partir dos seguintes passos:

1. Identificação do problema: O objetivo desta revisão foi analisar a literatura publicada no formato de artigos científicos entre 2017-2022 sobre saúde mental da população indígena brasileira.
2. O segundo passo corresponde a coleta dos dados. Dessa forma, os passos da coleta neste estudo iniciaram-se na definição dos descritores de busca, sendo “Saúde Mental” e “População indígena”, validados nos Descritores da Biblioteca Virtual de Saúde (Dec's BVS). Os portais utilizados para coleta foram o Portal Periódicos CAPES e a Biblioteca Virtual de Saúde, escolhidos porque integram diversas bases de dados e proporcionam acesso público aos artigos científicos, além de apresentar estudos interdisciplinares, considerando que o tema da revisão pode ser estudado do ponto de vista da saúde e das ciências humanas/sociais. A coleta foi realizada entre os dias 11 e 16 de junho de 2022. Os critérios de inclusão adotados foram: Artigos publicados em revistas indexadas revisadas por pares sobre o tema da pesquisa em contexto brasileiro, publicados em língua portuguesa, entre janeiro de 2017 a junho de 2022. Como critérios de exclusão, removemos outras formas de publicação (artigos de jornal, artigos de anais de eventos, artigos de jornais e outros veículos midiáticos não científicos, livros, dissertações, tese, editoriais, resenhas e afins).

Na primeira etapa foi realizada a pesquisa dos artigos nas bases de dados CAPES Periódicos com os descritores em português, inglês e espanhol, nas quais foram encontrados, respectivamente, 314, 10.423 e 689 resultados. Devido ao grande número de publicações

SUMÁRIO



encontradas nas três pesquisas, foi utilizado o critério de relevância da CAPES, que apresenta a ordem dos artigos mais citados, e, portanto, apenas os primeiros 50 resultados de cada busca foram separados para tabulação neste projeto, dessa forma foram baixados um total de 150 resultados, os mais citados, na CAPES.

Ainda na fase de coleta de dados foi realizada a busca na Biblioteca Virtual da Saúde – BVS, no mesmo formato em que foi realizado na CAPES. Para a busca com os descritores em português foram encontrados 22 resultados, e em espanhol 29 resultados, dos quais foi possível baixá-los integralmente, para a busca com os descritores em inglês foram encontrados 1118 resultados, dos quais foram selecionados os 50 primeiros, seguindo o critério de relevância da BVS, dos quais não foi possível ter acesso à 14, por ser cobrada uma taxa para ter acesso, sendo assim, foram baixados 36 resultados, totalizando 87 resultados na BVS.

Em seguida, dos 237 artigos encontrados em ambos os portais, BVS e CAPES, foi feito o primeiro corte, no qual foram excluídos 10 e 13 resultados, respectivamente, por não corresponderem a artigos científicos, dentre os quais havia resumos, editoriais, comentários, revistas, monografias, notícias, síntese de evidências, dissertações, informes de reunião, documento, guias, monografias, resolução ministerial. Foi realizado então o segundo corte, relativo aos estudos repetidos, entre os resultados encontrados na CAPES foram excluídos 13, e na BVS, foram excluídos 6, ao final, ao cruzar os artigos restante de ambos os portais de pesquisa, foram excluídos 9 artigos, sendo assim, restam 186 artigos após o segundo corte.

O terceiro corte foi realizado a partir da leitura dos títulos e resumos dos artigos, nesta etapa foram excluídos 175 artigos que não apresentaram relação com o tema da pesquisa, desta forma, restaram apenas sete artigos da CAPES e quatro da BVS, para serem analisados posteriormente. Finalmente após leitura integral dos artigos foram

SUMÁRIO



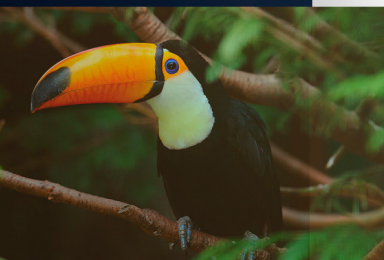
descartados ainda, 4 artigos que não apresentaram discussão sobre saúde mental indígena, portanto, foram utilizados para discussão três artigos da BVS e quatro artigos da CAPES.

O universo final desta revisão foi composto por 7 artigos e para analisar os dados extraídos destes, foi utilizado o procedimento de Análise de Conteúdo. Esse procedimento organiza-se em três fases, segundo Bardin (2011): I) Pré-Análise: É a organização de todos os materiais utilizados na coleta dos dados (correspondente à organização e leitura dos artigos no protocolo). II) Exploração do Material: que consiste nas operações de codificação em função das regras que já foram previamente formuladas (após a leitura no protocolo, criou-se as categorias). III) Tratamento dos resultados: É a fase de análise propriamente dita, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A caracterização dos artigos selecionados para a amostra deste estudo são apresentados da seguinte forma: Com relação ao idioma, seis artigos foram publicados em português, um em inglês e nenhum em espanhol, sendo o país de publicação de ambos o Brasil. Para o ano de publicação um artigo foi publicado em 2018, quatro em 2019 e dois em 2022, não houve, portanto, publicações selecionadas para os anos de 2017, 2020 e 2021 conforme delimitação do estudo, relacionado ao método utilizado, dois artigos apresentaram abordagem quantitativa, com abordagem qualitativa, dois ensaios, uma pesquisa etnográfica e uma revisão integrativa da literatura. Dentre os resultados constam as áreas de Enfermagem, Psiquiatria e Psicologia. O quadro 1 descreve os artigos analisados neste estudo:

SUMÁRIO



Quadro 1 - Artigos analisados

Artigo	Revista/Ano/País	Método	Autores
Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres	Ciência & Saúde Coletiva/2019/Brasil	Quantitativo	Barbosa, Cabral, Alexandre
"DIGA AO POVO QUE AVANCE": biopolítica e medicalização do sofrimento Do povo xukuru	Fórum Linguístico /2019/Brasil	Ensaio Teórico	Barbosa, Lopes
Juventude indígena e suicídio: Diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades	Psicologia Política/2019/Brasil	Pesquisa etnográfica	Silva, Júnior, Feitosa
Perfil dos diagnósticos de enfermagem em idosos indígenas na comunidade: estudo transversal	Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn/2022/Brasil	Qualitativo	Silva et. al.
Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil	Cadernos de Saúde Pública/2019/Brasil	Quantitativo	Souza
Consumo de álcool em comunidades indígenas brasileiras: uma revisão literária	Enfermagem em foco/2018/Brasil	Revisão Integrativa	Branco, Miwa, Vargas
COVID-19, saúde mental e populações indígenas no Brasil: a epidemia além da pandemia	World Journal of Psychiatry – WJP/2022/Brasil	Ensaio	Júnior, Freitas, Cândido

Fonte: Revisão da literatura.

Apresentaremos agora os resultados do procedimento de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011).

Souza (2019) fala sobre a mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil, e em seu estudo verificou que os fatores de risco para o suicídio na população indígena variam, a depender da região do país. Por exemplo, na região sul do Mato Grosso do Sul os casos estão associados à interferência do agronegócio, uma vez que há o estabelecimento de conflitos e violência por posse de terras, e os indígenas estão cada vez mais perdendo território, o que o impede de usufruir dos seus meios tradicionais de vida. Já no Amazonas, o álcool tem se mostrado ser um fator determinante para o suicídio entre

SUMÁRIO



indígenas. E quando se trata de crianças, o autor cita que, ter histórico de suicídio na família é um importante fator de risco e que a maior parte dos óbitos por suicídio entre os anos de 2014 e 2018 ocorreram em locais que apresentam altas taxas mortalidade por suicídio em outras faixas etárias, de modo que essa demanda é reconhecida como um problema de saúde pública. No entanto, não somente o histórico familiar é fator de risco para o suicídio em crianças, mas também conflitos familiares, principalmente a dificuldade de diálogo os pais, problemas relacionados ao uso de álcool, problemas na escola e abuso infantil, conforme verificada na região do Alto Rio Negro, Amazonas,

Para Branco (2018) a proximidade com a cultura branca tem favorecido o aumento do consumo de álcool nas aldeias indígenas, e causando danos consideráveis a essa população. Ainda que em alguns casos o consumo de álcool seja pontual, o que se vê é o uso abusivo das substâncias destiladas, de forma indiscriminada causando dependência e mudança no comportamento, aumentando os casos de violência na comunidade, descaracterizando a cultura indígena, em que o uso de bebidas alcoólicas era realizado apenas em rituais tradicionais, essa aculturação da população indígena que está relacionada o histórico de colonização deste povo, torna o indígena vulnerável ao consumo abusivo, sendo necessário assistência psicossocial, novas técnicas como fontes de apoio, e aumentar os serviços de saúde para promover melhor qualidade de vida ao indígena junto prevenção de agravos.

De acordo com Junior, Freitas e Cândido (2022), em estudo sobre SM e pandemia, há alguns fatores que pioram a SM da população indígena brasileira, como a carência de políticas públicas desse aspecto para pacientes indígenas com transtornos psiquiátricos; disseminação de *fake News* que agravam o quadro clínico de pacientes com transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade); crescente taxa de violência contra esse grupo étnico; barreiras religiosas; preconceito; além de falta de serviços tecnológicos como a telemedicina e internet.

SUMÁRIO



Em pesquisa de Barbosa, Cabral e Alexandre (2019), que analisou o consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres, foi verificado o uso de diversas classes, como barbitúricos, antipsicóticos e composto do Lítio, no entanto tais medicamentos representam apenas 4% do total da amostra, os Benzodiazepínicos representam a maioria absoluta, 72,88%, enquanto 17,33% fazem uso de antidepressivos, para os dois últimos. A população indígena possui na sua cultura, plantas medicinais e rituais, entre outras medidas terapêuticas para curar os agravos, no entanto quando relacionado à SM, essa população, assim como as pessoas não indígenas podem ter dificuldade em pedir ajuda. O estudo relatou que 93,22% dos pacientes que fazem uso de benzodiazepínicos, 93,22% não procuram o pajé, e no caso dos que fazem uso de antidepressivos, não houve nenhuma procura.

Em um segundo estudo, agora com o povo Xukuru do Ororubá, em Pesqueira, Pernambuco, Barbosa e Lopes (2019a), destacam os rituais religiosos como prática de cura para diminuir o sofrimento psíquico a partir do alívio de males como possessão e perturbação mental. Afirmam que alguns fatores como a urbanização das aldeias, a desterritorialização, o afastamento do território tradicional, entre outros podem contribuir para o desenvolvimento de transtornos mentais, uma vez que geram sofrimento psíquico, e deixam o indígena mais vulnerável ao adoecimento.

A população indígena brasileira apresenta maior vulnerabilidade ao suicídio do que a população geral, tendo uma incidência de quatro vezes maior, que pode estar relacionada à desvalorização progressiva da cultura indígena, em detrimento da cultura do branco, levando muitos indígenas à frustração de não conseguir se encaixar no modelo ocupacional instalado, desta forma, o suicídio estaria relacionado a perda do senso de pertencimento, também atrelado a demais fatores como o uso abusivo de álcool, problemas familiares, precariedade de habitação e moradia, entre outros, onde o jovem indígena não se reconhece mais (SILVA; JUNIOR; FEITOSA, 2019).

SUMÁRIO



Silva *et al.* (2021) estudaram o perfil dos diagnósticos enfermagem em idosos indígenas, encontrou dois domínios que podem ter relação com doença mental, foram eles: atividade/repouso, tendo como características definidoras dificuldade para iniciar o sono, dificuldade para manter o sono e insatisfação com o sono; e disfunção sexual devido ao envelhecimento, no entanto, o autor destaca a cultura da assexualidade do idoso, que contribui para o adoecimento, uma vez que apresenta-se como uma barreira de comunicação e esclarecimento de dúvidas do idoso relacionado à sexualidade ou desejo no campo sexual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi analisar a literatura sobre a saúde mental da população indígena brasileira. Foram elencados sete artigos que discutem essa temática, mas essa quantidade de publicações nos pareceu extremamente pequena frente a imensidão de possibilidades e frente a evidente necessidade de se debruçar sobre a saúde indígena brasileira, principalmente após o ano de 2018.

As políticas públicas de assistência à saúde mental da população indígena são de fundamental importância para garantir o cuidado aos pacientes portadores de sofrimento psíquico nas aldeias ao redor do país, no entanto, o observado após a promulgação da emenda constitucional 95/2016 (o teto de gasto) foi um estrangulamento do investimento em diversas políticas públicas, incluindo as políticas de saúde. Mais do que isso, o governo Jair Bolsonaro tem promovido diversos retrocessos em conquistas históricas dos movimentos sociais em relação às políticas públicas de saúde mental, de modo a, durante todos os quatro anos de sua gestão, o governo federal vem privilegiando o modelo manicomial de assistência em saúde mental, ferindo a capacidade de agência das pessoas e dos povos. Essa questão vai na contra mão das melhores

SUMÁRIO



práticas de saúde mental ao redor do mundo, dessa forma, é necessário que este tema seja priorizado, uma vez que essa população apresenta os maiores índices de mortalidade por suicídio no país.

Ao trabalhar a assistência em saúde mental na aldeia, o profissional encontra inúmeras barreiras que prejudicam a intervenção frente ao sofrimento psíquico, primeiramente a comunicação se torna um desafio muito grande, uma vez que os atendimentos em saúde mental demandam um cuidado especial com relação sigilo das informações confidenciais ao profissional, e em muitas aldeias o indígena fala a língua materna, e quando fala o português, apresenta muita dificuldade para o estabelecimento de um diálogo efetivo, sendo necessário a presença de um tradutor e este por sua vez, na maioria dos casos, será o Agente de Saúde Indígena, que mora na aldeia e pode levar as informações do paciente a outrem, o que pode provocar desconforto e quebra de confiança entre o paciente e a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena.

Em segundo lugar está a questão logística, pois o difícil acesso às aldeias, principalmente no período da vazante dos rios, pode comprometer a continuidade da assistência em saúde, pois nem todas as comunidades possuem Unidade Básica de Saúde Indígena, sendo necessário que as equipes de saúde se desloquem às aldeias, entretanto o tempo entre uma visita e outra pode levar meses e no caso das aldeias mais distantes, só possível acessá-las quando o rio está cheio, comprometendo a continuidade no tratamento, pois a depender da gravidade do transtorno mental, o paciente psiquiátrico precisará ser assistido pela equipe de saúde com maior frequência para controlar os episódios de crises.

Em terceiro lugar está a escassez de mão de obra especializada, na maioria das equipes de saúde indígena há apenas um psicólogo, e devido à grande demanda de saúde mental nas aldeias aos problemas elencados nos parágrafos anteriores, não é possível atender toda essa demanda, e nos casos em que há a necessidade de uma consulta

SUMÁRIO



especializada, é feito um encaminhamento para a Casa de Saúde Indígena, onde o paciente aguarda a consulta com o médico Psiquiatra, este por sua vez não está disponível em tempo integral, muitas vezes as visitas deste profissional no município do interior que atende as aldeias do seu território são feitas bimestral ou trimestralmente.

Devido às dificuldades logísticas, muitos profissionais, ao se depararem com a realidade da saúde indígena, não seguem na aldeia, o que gera uma alta rotatividade, e no caso dos médicos, muitos não aceitam prestar assistência nesses espaços, pois além da permanência em área indígena em regime de escalas, não há um atrativo salarial, uma vez que em área urbana, os médicos conseguem remunerações maiores do que ganharam na aldeia. Quando se fala em saúde mental, muitos profissionais referem ter medo ou falta de experiência, e não se sentem seguros para atender os pacientes em suas demandas psíquicas, nem demonstram interesse na área. Em vista disso, é fundamental que seja fomentado políticas de educação continuada e permanente na área da saúde mental, a fim de preencher esta lacuna e assegurar uma assistência de qualidade ao paciente portador de transtornos mentais nas aldeias.

Há muitos fatores que contribuem para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, e indubitavelmente o uso abusivo de bebidas alcoólicas tem sido um problema grave que afeta as populações indígenas. O acesso a estas substâncias está cada vez mais fácil, trazidas para dentro do território indígena seja por meio dos comerciantes que se estabelecem nas aldeias, seja através das visitas esporádicas realizadas pelos próprios indígenas aos centros urbanos.

Isso sugere que a cultura do branco está cada vez mais inserida no ambiente indígena, o que causa também sofrimento psíquico, uma vez que o indígena pode começar a se identificar com essa cultura e podem passar a almejar resultados iguais, abrindo mão, por exemplo, da caça e da pesca para ter uma formação profissional,

SUMÁRIO



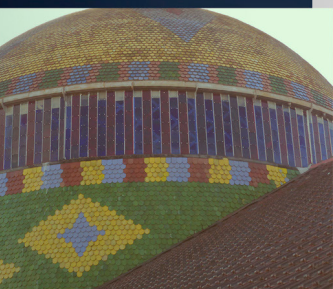
muitas vezes saindo da aldeia para estudar em centros urbanos. Quando os resultados almejados não são alcançados, há um sentimento de frustração e perda do censo de pertencimento, tornando-se um forte fator de risco para o suicídio.

O adoecimento mental tem se tornado cada vez mais comum na população indígena, problemas como depressão, ansiedade, entre outros, demandam cuidados contínuos, e em muitos casos é necessário fazer uso de psicotrópicos para evitar o aparecimento de crises psiquiátricas. No entanto é importante destacar que há medidas terapêuticas próprias da cultura indígena para tratar o paciente psiquiátrico, como rituais, pajelança, chás, entre outros, e que isso deve ser respeitado pelos profissionais, pois trata-se de conhecimento empírico passado de geração em geração. Tais medidas também contribuem para a preservação da cultura indígena e o profissional de saúde precisa ter o cuidado de orientar com relação às condutas de tratamento com base científica e associá-las aos tratamentos baseados nos ensinamentos dos anciãos da aldeia.

A assistência farmacêutica precisa ser adequada, principalmente pelo fato de os medicamentos psicotrópicos serem de uso controlado e contínuo, quando acontece a falha na oferta deste tipo de medicação aos pacientes, isto pode favorecer o estabelecimento de crises psíquicas e o agravamento dos transtornos mentais.

Por vezes, a dificuldade do acesso a uma avaliação especializada, em decorrência da grande demanda de transtornos psiquiátricos a nível nacional para a população geral, associado aos problemas logísticos enfrentados pela população indígena, impede que o diagnóstico psiquiátrico seja feito a partir da avaliação dos sintomas iniciais dos transtornos mentais e dessa forma o tratamento precoce não acontece, o que agrava o quadro clínico do paciente.

SUMÁRIO



Deve-se destacar, que no caso específico da enfermagem, o profissional enfermeiro inserido nas equipes de saúde indígena não dispõe de tempo para dedicação exclusiva ao atendimento em saúde mental, uma vez que, precisa atender também às demandas dos demais programas, como saúde da mulher, as consultas de pré-natal, planejamento familiar, saúde da criança em consultas de crescimento e desenvolvimento, saúde do idoso no acompanhamento e controle de doenças crônicas não transmissíveis, entre outros e, nas aldeias em que não há médico, ainda atende as demandas gerais de morbidades.

Para ofertar um atendimento com mais qualidade em saúde mental, é importante a inserção do enfermeiro especialista em saúde mental, com atribuições específicas, para atuação na comunidade para que junto ao psicólogo, possam contribuir no atendimento ao paciente portador de transtornos mentais e criar um ambiente cada vez mais acolhedor na unidade de saúde.

O fato de o histórico de suicídio na família ser um fator de risco para o sofrimento psíquico patológico traz a necessidade de criação de estratégias de pós-venção, para combater as altas taxas de suicídio, pois o cuidado prestado aos familiares no luto poderá contribuir para alívio do sofrimento, de modo que esse suporte profissional tem impactos muito positivos para este processo.

Com relação aos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas, investir em estratégias de educação em saúde e aconselhamento, como por exemplo os alcoólicos anônimos na aldeia, pode ser efetivo para aqueles pacientes que buscam o serviço de saúde com objetivo de sair da dependência. Para que esta estratégia tenha impactos significativos é necessário também investir em educação continuada, através da oferta de capacitação e especialização para os profissionais, a fim de prepará-los para a intervenção adequada frente ao paciente dependente químico.

SUMÁRIO

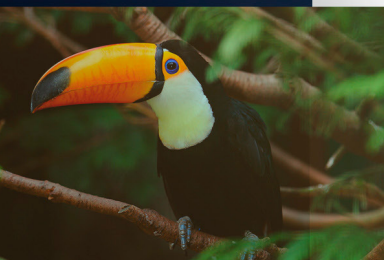


Por fim, este estudo apresentou como limitação a escassez de produção científica acerca da saúde mental da população indígena brasileira. Apesar desta limitação os artigos encontrados trouxeram abordagens importantes e são fontes ricas de informação, desta forma este estudo visa contribuir para o enriquecimento do conhecimento da assistência em SM indígena na literatura brasileira, bem como fomentar outras pesquisas relacionadas ao tema.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, V. P.; VIEIRA, C. A. L.; ALVES, S. V. Perspectivas acerca do conceito de saúde mental: análise das produções científicas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 351-361, 2022.
- BARBOSA, V. F. B.; CABRAL, L. B.; ALEXANDRE, A. C. S. Medicalização e Saúde Indígena: uma análise do consumo de psicotrópicos pelos índios Xukuru de Cimbres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 2993-3000, 2019.
- BARBOSA, V. F. B.; LOPES, J. C. “Diga ao povo que avance”: Biopolítica e medicalização do sofrimento do povo Xukuru do Ororubá. **Fórum Linguístico**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 3994-4002, 2019a.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1780-1785, 2011.
- BEZERRA, T. F. **Perfil de óbitos na população indígena do Brasil, 2010 a 2018**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina). Centro Universitário de Brasília. Brasília, 2018.
- BRANCO, F. M. F. C.; MIWA, M. J.; VARGAS, D. Consumo de álcool em comunidades indígenas brasileiras: uma revisão literária. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 9, n. 3, 2018.
- BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Lei Nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da

SUMÁRIO



saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 254 de 31 de janeiro de 2002**. Política Nacional de Atenção à saúde dos Povos indígenas (PNASPI), Diário Oficial da União, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017**. Adequa o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de Atenção à Saúde para populações Indígenas no CNES. Diário Oficial da União, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

IBGE – **Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística/Indígenas**. Censo Brasileiro de 2010. IBGE, 2010.

JÚNIOR, J. G.; FREITAS, J. F.; CÂNDIDO, E. L. COVID-19, mental health and Indigenous populations in Brazil: The epidemic beyond the pandemic. **World Journal of Psychiatry**, Pleasanton, v. 12, n. 5, p. 766, 2022.

MENDES, A. M. *et al.* O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 42, p. e184, 2018.

MOTA, N. S. *et al.* Análise da predominância de sintomas depressivos e suicídio na população indígena: uma revisão de literatura. **Recisatec - Revista Científica Saúde e Tecnologia**, São Paulo, v. 2, n. 7, p. e27161, 2022.

OLIVEIRA, J. **Saberes e práticas terapêuticas utilizadas pelos indígenas no combate à Covid-19**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal Fronteira Sul, Chapecó, 2022.

SANTOS, A. B.; CARDOSO, S. L. M.; SIQUEIRA, M. C. C. O enfermeiro na saúde indígena: uma revisão de literatura. **Research, Society and Development**, São Paulo, v. 10, n. 16, 2021.

SILVA, C. J. A. *et al.* Perfil dos diagnósticos de enfermagem em idosos indígenas na comunidade: estudo transversal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 2, p. e20210128 2022.

SUMÁRIO



SILVA, D. L.; JÚNIOR, Á. P. P.; FEITOSA, M. Z. S. Juventude indígena e suicídio: diálogos transdisciplinares, campos de possibilidades e superação de vulnerabilidades. **Revista Psicologia Política**, Florianópolis, v. 19, n. 46, p. 556-569, 2019.

SOUZA, F. R. **Povos indígenas e saúde mental: a luta pelo habitar sereno e confiado**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SOUZA, M. L. P. Mortalidade por suicídio entre crianças indígenas no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n.3, p.1-12, 2019.

TAVEIRA, D. L. R. **Prevalência de transtornos mentais na população indígena infantil da floresta amazônica**. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

VERDUM, R. **Povos Indígenas no Brasil: o desafio da autonomia**. Brasília: Instituto de Estudos Socioeconômicos, 2009.

VICTAL, V. J. R. C. *et al.* Suicídio e povos indígenas no Brasil. **Interfaces Científicas-Saúde e Ambiente**, Aracajú, v. 7, n. 3, p. 49-60, 2019.

WAYHS, A. C. D., BENTO, B. A. R.; QUADROS, F. A. A. "Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil." **TtraHs**, Limoges, n.4, p.68-79, 2019.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v. 52, n.5, p.546– 553, 2005.

ZAIDHAFT, E. R.; ORTEGA, F. Sobre a importância da cultura e da experiência no cuidado em saúde mental. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 79-94, 2021.

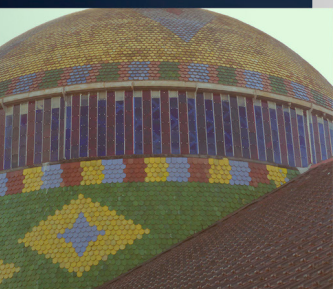
27

Alcilande de Souza Pinto
Jerfeson Nepumuceno Caldas

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS:

o papel da rede privada
no apoio a saúde pública

SUMÁRIO

**Resumo:**

O papel da rede privada no apoio à saúde pública aplicada na estrutura do Sistema Único de Saúde – SUS tem uma importância significativa, pois fornece serviços complementares para a rede. Conhecer e descrever como este trabalho é realizado, é uma forma de apresentar um serviço que muitas vezes se encontra invisibilizado pela sociedade. Para isso, a investigação ocorreu junto àqueles que atuam neste tipo de serviço de saúde. Assim, foram realizadas entrevistas semiestruturadas para capturar informações que atendessem ao objeto deste trabalho. Optou-se por uma pesquisa de procedimentos qualitativos e teóricos. A pesquisa se materializa por meio das políticas do sistema único de saúde e o sujeito social institucional sendo o gestor público e o privado, que a partir de duas entrevistas contribuíram para o desenvolvimento do resultado dos estudos. Na visão prática dos gestores o sistema único de saúde necessita ser reestruturado nos princípios e diretrizes para realmente tornar reais as prestações de serviços nos níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Gestor; Prestador de Serviço.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

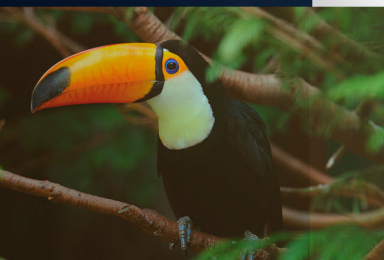
O texto da Constituição Federal de 1988 cita no artigo 199 “A assistência à saúde é livre à iniciativa privada”. No artigo está incluído o laboratório de análises clínicas, fixando a complementação da participação privada ao serviço público de saúde sendo prestado por particulares, através do Sistema Único de Saúde – SUS, segundo a portaria n.1.034, maio 2010 (BRASIL, 1988, pg 120).

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 302, de 13 de outubro de 2005, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária fazendo parte de uma das normas direcionada aos laboratórios de análises clínicas, as normas versa sobre os requisitos de funcionamento, postos de coletas no público e privado onde os mesmos realizam análises clínicas, patologia clínica e citologia (BRASIL, 2005).

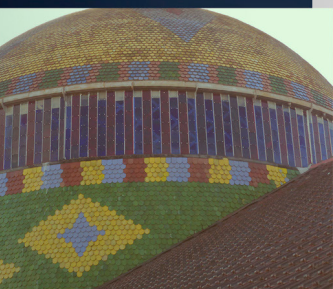
“Laboratório Clínico: Serviço destinado à análise de amostras de paciente, com a finalidade de oferecer apoio ao diagnóstico e terapêutico, compreendendo as fases pré-analítica, analítica e pós-analítica”. (BRASIL, 2005).

A proposta desta pesquisa visa contribuir para a uma reflexão sobre a importância da prestação de serviço do sistema único de saúde através dos laboratórios públicos e privados na realização de exames laboratoriais de análise clínicas, atividade que poderá ser destacada no meio acadêmico e não ser tratada genericamente.

O projeto de pesquisa surge pela necessidade de conhecer o processo do SUS, direcionado aos laboratórios de análises clínicas, identificando a complementação de laboratório que prestam serviços ao sistema único de saúde dos níveis de atenção à saúde, primária, secundária e terciária.



SUMÁRIO



Desta forma, a pergunta central desta pesquisa é: **Qual o papel exercido pelos laboratórios de análises clínica privado para o SUS?**

Para o desenvolvimento da pesquisa realizou-se a construção de uma pesquisa qualitativa e teórica e concluindo-se com duas entrevistas semiestruturadas, como define Saunders, *et al.* 2009, pg.94 [...] “isso significa que o pesquisador poderá omitir algumas perguntas de acordo com o contexto encontrado. A ordem das perguntas também pode variar, dependendo do fluxo da conversa”. [...]. A pesquisa se materializa por meio da política do sistema único de saúde e o sujeito social institucional, ou seja, o prestador de serviço, como também identificar através de publicações a relação do setor privado com alguma dificuldade na utilização do serviço do SUS, deixando outros campos em aberto para novos pesquisadores. A interação com a área do conhecimento revela apreensão da realidade que cerca cada indivíduo, contribuindo para o entendimento social e cultural, buscando a capacidade transformadora de informação para o serviço público de saúde.

O sistema único de saúde define Humaniza “palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador de saúde” e o cliente como “aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema” (BRASIL, 2008, pg.50).

Questão de pesquisa

Qual o papel exercido pelos laboratórios de análises clínica privado para o SUS?

SUMÁRIO



Objetivo Geral

Descrever as atividades exercidas pelos laboratórios de análises clínicas públicos na prestação de serviços para ação complementar no SUS.

Objetivos Específicos

- Descrever o mecanismo que o SUS oferece aos usuários que necessitam de exames complementares dos laboratórios de análises clínicas;
- Caracterizar o processo de aprovação dos prestadores de serviços privados no sistema único de saúde;
- Apontar as principais necessidades de melhoria entre os usuários do SUS e os prestadores de serviços de laboratório de análises clínicas.

Justificativa

A proposta da pesquisa será de grande relevância, pelo propósito de apresentar um estudo sobre a opinião dos gestores que atuam na prática nos serviços oferecidos para os usuários do sistema único de saúde, através dos prestadores de serviços, especificamente, os laboratórios de análise clínicas.

Espera-se também que seja possível identificar as dificuldades do acesso ao serviço e isso poderá contribuir para que os gestores possam repensar suas condutas na tomada de decisões, visando

SUMÁRIO



melhores escolhas quanto a melhor forma de conduzir a seleção do prestador de serviços.

Sabe-se que a ação de uma pesquisa é de suma importância para no meio acadêmico e serve de modelo para outros pesquisadores, como também poderá ser incluído como um indicador de informação.

Espera-se que o resultado desta pesquisa de cunho descritiva possa ser referência para outros pesquisadores. A interação com a área do conhecimento revela apreensão da realidade que cerca cada indivíduo, contribuindo para o entendimento de processos de trabalho, buscando a capacidade transformadora de intervenção e melhoria.

Consiste na apresentação, de forma clara, objetiva e rica em detalhes, das razões de ordem teórica que justificam a realização da pesquisa ou o tema proposto para avaliação inicial.

REVISÃO TEÓRICA

Para compreender o objetivo da pesquisa é importante buscar um referencial teórico de temas que consolide a veracidade do projeto. Segundo Marconi e Lakatod (2003, pg. 28) “É a análise que vai permitir os componentes de um conjunto, perceber suas possíveis relações” [...].

Compartilhando com a mesma reflexão de análise Prodanov; Freitas (2013 p 97), “Geralmente, com base em análises do conhecimento disponível, o pesquisador acaba “apostando” naquilo que pode surgir como resultado de sua pesquisa”.

O Sistema Único de Saúde – SUS está composto pela Constituição Federal Brasil de 1988 é composto pela Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe “Dispõe sobre as condições para a

SUMÁRIO



promoção, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. (BRASIL, 1990).

Formalizado na disposição preliminar do artigo 4º na Lei n. 8.080/90:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

No inciso 2º deixa uma reflexão clara da participação dos laboratórios de análises clínicas, em caráter complementar.

No Sistema Único de Saúde acordado no manual de Apoio aos Gestores do SUS (BRASIL, 2003):

Destacam-se, portanto, entre as condições fundamentais para que os serviços laboratoriais cumpram adequadamente o seu papel: a identificação da população de abrangência e do conjunto de ações necessárias, a ser ofertado; a adoção da tecnologia mais pertinente para os diferentes tipos de exame, em cada situação específica; boa qualificação técnica dos profissionais; condições estruturais de trabalho adequadas; a segurança de resultados fidedignos; custos aceitáveis, que considerem ganhos de escala; a integração e cooperação com os profissionais de saúde e com a rede de serviços na qual os laboratórios estão inseridos.

A ideia de laboratório de análises clínicas é um segmento do mercado destinado às amostras biológicas de pacientes, que tem como objetivo dar apoio ao diagnóstico e ao tratamento clínico,

SUMÁRIO

através da pesquisa, qualificação e quantificação de elementos químicos ou celulares (SOUZA, M. O. et. al., 2020).

A atividade do laboratório de análises clínicas assim como seu funcionamento seguem a regulação técnica da RDC nº 302 de 13 de outubro de 2005 da ANVISA.

No artigo 8º da Portaria Ministerial nº 15/2002, descreve das sub-redes e sua estruturação de unidades laboratoriais:

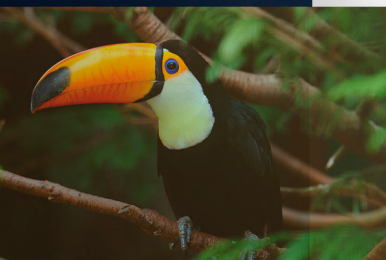
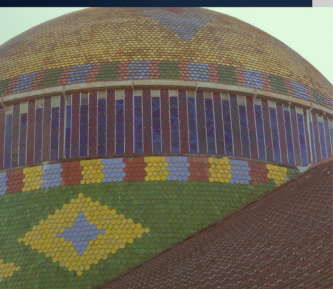
I. Centros Colaboradores - CC; II. Laboratórios de Referência Nacional – LRN; III. Laboratórios de Referência Regional – LRR; IV. Laboratórios de Referência Estadual – LRE; V. Laboratórios de Referência Municipal – LRM; VI. Laboratórios Locais – LL; e VII. Laboratórios de Fronteira - LF. (BRASIL, 2002).

Credenciamento no Ministério da Saúde:

O Ministério da Saúde, com fundamento no inciso XIV do art. 16 da Lei n.º 8.080/1990, normatiza por meio da Portaria GM/MS n.º 2.567, de 25 de novembro de 2016, a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e de serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no SUS. (BRASIL, 2017).

O acesso do cidadão para usufruir dos serviços dos laboratórios de análises clínicas seja público ou privado, necessitam realizar um cadastro em qualquer rede de atenção à saúde, onde o mesmo receberá o Cartão Nacional de Saúde – CNS. “é o documento de identificação do usuário do SUS”. (BRASIL, 2019).

No registro constam as informações como: dados pessoais, contatos e documentos em geral. Art. 2º O Sistema Cartão é um sistema de informação de base nacional que permite a identificação única dos usuários das ações e serviços de saúde, com atribuição de um número único válido em todo o território nacional. (BRASIL, 2011).



SUMÁRIO



O Ministério da Saúde disponibiliza para os estados e municípios um complexo regulador o SISREG- Sistema Nacional de Regulação, que através de módulos faz a regulação das redes de saúde. Segundo CONASS.

O SISREG é um sistema on-line, disponibilizado pelo DATASUS para gerenciamento e operação das centrais de regulação. O programa (software) funciona por meio de navegadores instalados em computadores conectados à Internet e é composto por dois módulos independentes: a Central de Marcação de Consultas (CMC) e a Central de Internação Hospitalar (CIH). (Conass, 2011).

Unidades Solicitantes:

São instituições de saúde às quais é permitido solicitar atendimentos à central de regulação: unidades básicas de saúde, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimentos, hospitais, secretarias municipais e coordenadorias regionais de saúde; centrais de regulação de outros municípios e regiões autorizados pelo gestor. (BRASIL, 2006, pg. 12).

Unidades Executantes:

Estabelecimentos públicos e privados que, sob a concordância do gestor, ofertam sua capacidade física de atendimento, ou parte dela, para a central de regulação. Fazem parte da rede assistencial do SUS e são incorporados às centrais de regulação por meio do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. (BRASIL, 2006, pg. 12).

O escopo da Central de Regulação:

Definição de quais especialidades, procedimentos (internações, consultas e exames) serão regulados, e que profissionais de saúde estarão vinculados à central de regulação. Nesse escopo também são definidos os recursos físicos e financeiros alocados para atendimentos da população própria e referenciada. (BRASIL, 2006, pg. 12)

METODOLOGIA

Classificação da pesquisa

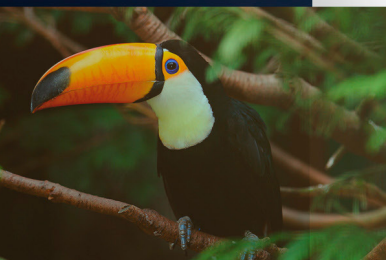
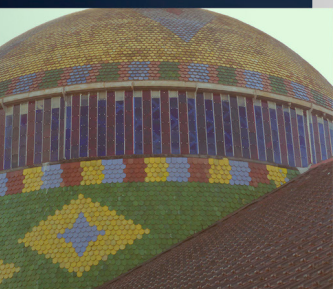
Trata-se de uma pesquisa com abordagem exploratória e descritiva. Uma pesquisa exploratória envolve levantamento bibliográfico, entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado. (Prodanov; Freitas 2013, p 52). Realizando a complementação com a descritiva preocupa-se de acordo com Renê Birochi, questionário e observação sistemática. Assume, em geral, a forma de levantamento. (apud BHATTACHERJEE, 2012, p. 6).

Quanto aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa bibliográfica e documental. Como confirma Severino (2007, p.122) “a pesquisa bibliográfica é aquela que se realiza a partir do registro disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses, etc.”.

O processo inicial para coleta de informações partirá de uma pesquisa bibliográfica, que de acordo com Marconi e Lakatos (2017 p.216) “abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais revistas” [...].

As informações qualitativas serão extraídas dos dados fornecidos pelo Ministério da Saúde e pelos programas que fazem parte do contexto em relação aos laboratórios.

A coleta de informação através de duas entrevistas com gestores de laboratório público e outra com prestador de serviço do SUS, característica da pesquisa documental, onde deverá ser realizada durante a ocorrência da pesquisa.



SUMÁRIO



Marconi e Lakatos (2003, p. 201) definem questionário como sendo “um instrumento de coleta de dados, constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador”.

As perguntas e respostas do questionário serão digitalizadas, e construída uma lista das observações mais relevantes da pesquisa.

A abordagem do problema da pesquisa deverá ser respondida com as combinações das abordagens pesquisadas. Segundo Birochi (2015 p. 56). “[...] combina os procedimentos metodológicos anteriores para a coleta e a interpretação de dados”.

Após as informações pertinentes à pesquisa desenvolvida, passaram por uma análise para que pudessem ser selecionadas, compreendidas e descritas no texto com suas autorias mencionadas.

Caracterização Geográfica

A Constituição da República Federativa do Brasil, em 05 de outubro de 1988, onde está consolidada o Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, com a descentralização a municipalização de ações e serviços de saúde, chegando aos 26 estados-membros, um Distrito Federal e um município, dividido em regiões como: Norte; Nordeste; Sudeste e Sul, com a ideia de caracterização geográfica reflete a ideia de território, “É o uso do território, não o território em si mesmo, que faz dele objeto de análise social” (SANTOS, 1994, p. 15).

Os laboratórios de análises clínicas devem seguir as normas sugeridas pela ANVISA, respeitadas as questões sociais, territoriais na estrutura física dos laboratórios como: Box de coleta de material; sala de coleta; área de classificação e distribuição de amostra; sala e

SUMÁRIO



preparo de reagente; laboratório de hematologia; [...] Laboratório de biologia molecular. (ANVISA, 2002).

Universo

Prodanov; Freitas (2013 p 97), em sua pesquisa esclarece ponto importante para compreender o universo a ser pesquisado: “Quando um pesquisador seleciona uma pequena parte de uma população, espera que ela seja representativa dessa população que pretende estudar”.

O público a ser pesquisado serão gestores que atuam nos laboratórios de análises clínicas, sendo um gestor do sistema único de saúde e outro do sistema privado que atuam na cidade de Manaus.

Amostra

A amostra de informação acontecerá entre dois gestores públicos e privados.

Instrumentos de coleta de dados

Gil (2002, pg. 21) explica que: Rigorosamente, um projeto só pode ser definitivamente elaborado quando se tem o problema claramente formulado, os objetivos bem determinados, assim como o plano de coleta e análise dos dados.

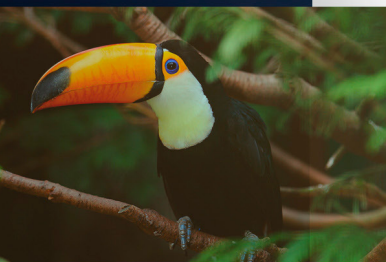
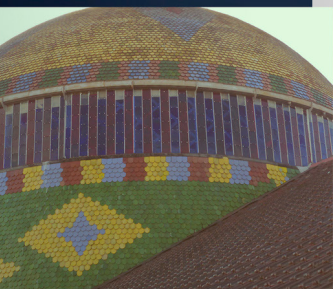
Conduziu-se a construção de um instrumento para duas entrevistas onde será identificado individualmente na análise como na interpretação dos resultados obtidos, com base no questionamento, a questão

aberta será agrupada por categoria com o propósito de explorar o referencial teórico adotado, composto por perguntas e respostas abertas.

Tratamento dos dados

De posse dos dados coletados será realizada uma análise, até chegar ao resultado de interpretação. Os resultados são apresentados de forma descritiva onde poderá ser desenvolvida através de texto descritivo, destacando as falas dos respondentes em relação ao tema acordado e objetivado nesta pesquisa.

SUMÁRIO



ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os gestores selecionados ambos do sexo masculino para participar da pesquisa utilizando a forma de questionamentos abertos, de natureza quantitativa utilizando-se a entrevista semiestruturada apresentada como parte textual, classificando os gestores: Público “A”, Privado “B”.

O primeiro questionamento realizado diz respeito à função exercida pelos entrevistados, particularmente em relação ao local de atuação, o gestor “A” de referência pela qualidade da assistência ao laboratório do Sistema Único de Saúde (municipal), gestor “B” setor privado laboratório de apoio aos exames complementares. Identificase na revisão teórica que ambos os gestores têm conceitos alinhados.

Quando se pergunta o papel exercido pelos laboratórios prestadores de serviços para o sistema único de saúde como pode ser conceituado. “A” exerce um papel complementar na oferta de exames que não estão disponibilizados na rede pública. Gestor “B” o serviço

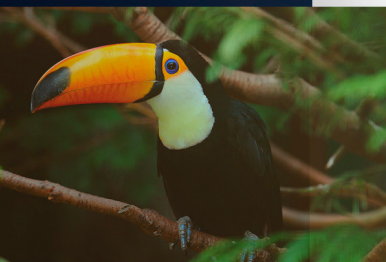
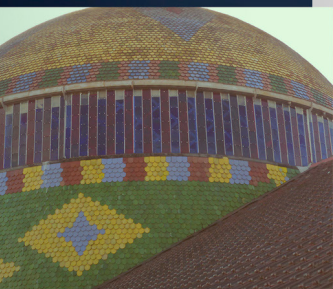
SUMÁRIO

privado vem como suporte para utilização de exames que o serviço público não oferece aos seus usuários. Identifica-se na revisão teórica que ambos os gestores têm conceitos alinhados com a literatura

Em outro momento questiona-se qual ao mecanismo oferecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), aos usuários que necessitam de exames complementares, ambos os gestores informaram que está disponível o Sistema Nacional de Regulação (SISREG), como também relataram o processo de utilização do mesmo, aos usuários de exames básicos é oferecido agendamento diário nas unidades básicas de saúde, enquanto que nos exames de determinada complexidade seguem outro fluxo diferente deverá realizar o agendamento junto ao SISREG, sempre seguindo a determinação interna de agendamento na mesma unidade básica de saúde onde intercorre o atendido.

Na perspectiva de interpelar sobre o processo de aprovação dos prestadores de serviço para fazerem parte do Sistema Único de Saúde, o gestor “A” identificar a “Burocracia” o seu relato informa excesso de documentação que leva muito tempo para ser liberada e aprovada, dificultando que a demanda pudesse ser rapidamente atendida. Gestor “B” informa a “Comunicação” entre as entidades privadas e públicas, onde as informações não são colocadas como prioridade, quando a empresa realiza um contrato com o sistema único de saúde a mesma lhe uma tabela de baixo valor que alguns exames nem vale a pena aceita de no final gera prejuízo à empresa.

Outra questão levantada sendo no quesito de melhoria do sistema único de saúde para os prestadores, o gestor “A” detalhou dos serviços ofertados, orientações aos usuários sobre os serviços ofertados, melhor fiscalização dos serviços, uma nova descentralização. Gestor “B” que a comunicação pactuada seja cumprida, mudança na legislação que todos possam ser beneficiados é não apenas determinados grupos, melhoria na tecnologia oferecida atualmente.



SUMÁRIO



Quanto ao questionamento do desenvolvimento das atividades de gestão relacionadas ao sistema único de saúde. Gestor “A” falta de insumos para realização de exames básicos, instalações inadequadas para o funcionamento dos laboratórios, falha no aproveitamento dos recursos tecnológicos oferecidos. Gestor “B” desorganização no envio das solicitações, o controle das equipes que respondem pelo serviço sem qualquer noção das atividades desenvolvidas, falta de profissionalismo quando se faz perguntas de algum documento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo realizado com informações coletadas através de duas entrevistas com gestores do serviço público e prestador de serviço do SUS, destacou que a literatura de embasamento foi relevante na contextualização das respostas dos entrevistados.

Especificamente a análises da discussão do eixo central do SUS, onde executa influência no grupo de laboratório que são prestadores de serviços, observou-se uma grande hierarquia desenvolvida no processo de burocracia nas duas instituições relatada pelos entrevistados.

O estudo da situação descrita tem grande valor científico, pois é um campo novo a ser explorado por outros pesquisadores, principalmente a ser realizado por um número maior de entrevistados e assim ter um percentual maior de respostas a ser avaliada pelo pesquisador no ponto central da nova investigação e assim ampliar o eixo dos objetivos.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA**. Resolução da diretoria colegiada- RDC N° 50, de 21 de fevereiro de 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2002/rdc0050_21_02_2002.html. Acesso em: 10 de jun. 2022.

BRASIL. **Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos**. LEI N° 14.133, DE 1° DE ABRIL DE 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2021/Lei/L14133.htm#art193.PDF. Acesso em: 28 jun. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. 2019. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/acoes-e-programas/cartao-nacional-de-saude>. Acesso em: 10 jun. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Manual de Orientações para Contratação de Serviços de Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_orientacoes_contratacao_servicos_saude.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

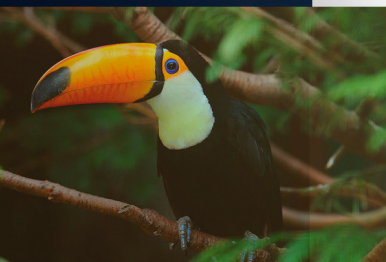
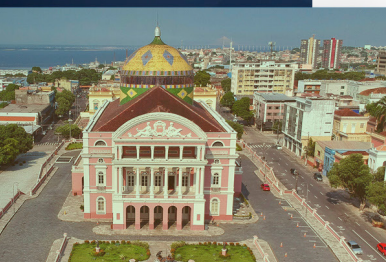
BRASIL. **Ministério da Saúde**. 2011. Portaria n° 940, de 28 de abril de 2011. Regulamenta o Sistema Cartão Nacional de Saúde (Sistema Cartão). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0940_28_04_2011.html. Acesso em: 09 jun. 2022.

BRASIL. **Portaria n° 1.034, de 05 de maio de 2010**. Dispõe sobre a participação complementar das instituições privadas com ou sem fins lucrativos de assistência à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1034_05_05_2010_rep.html. Acesso em: 10 jun. 2022.

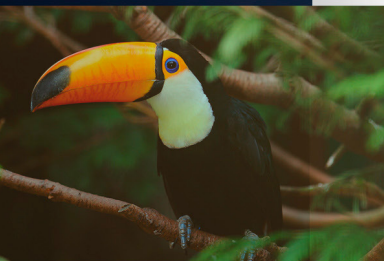
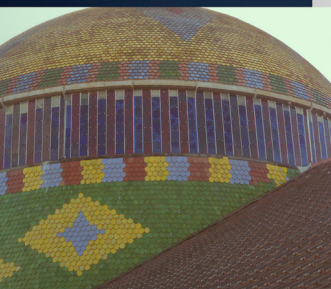
BRASIL. **Humanizaus**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_base.pdf. Acesso em: 10 jul. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Diretrizes para a implantação de Complexos Reguladores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesImplantComplexosReg2811.pdf>. Acesso em: 10 de jul. 2022.

SUMÁRIO



SUMÁRIO



BRASIL. **Ministério da Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento dos Laboratórios Clínicos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/rdc0302_13_10_2005.html. Acesso em: 03 jun. 2022.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RESOLUÇÃO Nº 302, DE 13 DE OUTUBRO DE 2005. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para funcionamento dos Laboratórios Clínicos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/anexo/anexo_res0302_13_10_2005.pdf. Acesso em: 04 jun. 2022.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução 333, de 04 de Novembro de 2003. Ministério da Saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf. Acesso em: 01 maio 2022.

BRASIL. **Portaria nº 15, de 03 de Janeiro de 2002**. Funasa. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_15_2002.pdf. Acesso em: 20 jun. 2022.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003, pg.28.PDF.

MORAN, José Manuel; MASETTO, Marcos Tarciso; BEHRENS, Marilda Aparecida. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. 12ª. Ed. Campinas, SP: Papyrus, 2006. PDF. Disponível em: https://www.academia.edu/10222269/Moran_Masetto_e_Behrens_NOVAS_TECNOLOGIAS_E_MEDIA%C3%87AO_PEDAGOGICA. Acesso em: 12 jun. 2022.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do Trabalho Científico**. Novo Hamburgo: Feevale, 2013, pg. 52. Arquivo Documento PDF. Disponivem em: https://aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.php/291348/mod_resource/content/3/2.1-E-book-Metodologia-do-Trabalho-Cientifico-2.pdf. Acesso em: 02 jun. 2022.

RENÊ Birochi. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2015, p.6. Livro em PDF, 134p.

RUIZ, João Álvaro. **Metodologia Científica: guia para eficiência nos estudos**. 4. ed. SP: Atlas, 1996.

SANTOS, M. **O Retorno do Território**. In: SANTOS, M. Et.: al. (org.). Território: globalização e fragmentação. São Paulo, SP: Hucitec, 1994, p. 15-20. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/raega/article/view/43912/30290>. Acesso em: 15 jun. 2022.

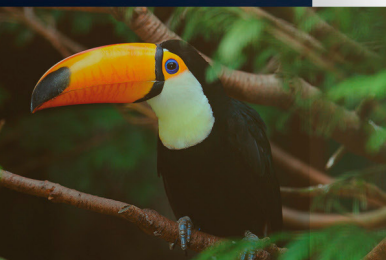
SUMÁRIO

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 23. Ed. São Paulo: Cortez, p.122. 2007.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. [livro eletrônico] 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013. Disponível em: https://www.ufrb.edu.br/ccaab/images/AEPE/Divulgação/LIVROS/Metodologia_do_Trabalho_Cientifico_-_1ª_Edição_-_Antonio_Joaquim_Severino_-_2014.pdf. Acesso em: 12 jun. 2022.

SAUNDERS, M.; LEWIS, P.; THORNHILL, A. **Research Methods for Business Students**. 5. ed. São Paulo: Pearson Education, 2009, p.94.

SOUZA, M. O: et.: al. **Não conformidades em laboratórios clínicos de Macapá, Amapá, Brasil**, com base na RDC nº 302/2005/ANVISA. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, vol 56, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpm/a/Bkt3p7fXzLrLKZddSVnws3h/?lang=pt>. Acesso em: 08 jun. 2022.,



2028

Maria Sônia Garrido Macedo

Antônia Liliane Silva Mota

POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE:

novas perspectivas para o enfrentamento
da pandemia COVID-19 no município
de Caracaraí-RR

SUMÁRIO

**Resumo**

Este artigo tem como objetivo analisar a importância de medidas restritivas impostas na área de saúde para enfrentamento e controle ao combate do novo coronavírus, com programas e ações que buscam reduzir os impactos da pandemia e proteger a população e o sistema de saúde municipal de Caracará-RR. Dessa forma, quais foram as medidas adotadas pelo município de Caracará, após a chegada do novo coronavírus no Estado de Roraima? O referencial teórico abordou as teorias da Gestão Pública, planejamento, conceito e importância das políticas públicas de saúde frente ao combate pandêmico. A metodologia da pesquisa teve como base a pesquisa bibliográfica e documental. Os resultados da pesquisa mostraram que a prefeitura municipal de Caracará-RR, aderiu às políticas públicas de saúde com implementação do Comitê Municipal de atendimento e rastreamento de casos da doença, bem como outras medidas de prevenção, controle e combate ao novo coronavírus, antes da notificação dos primeiros casos da COVID-19 no município. A realização da pesquisa ocorreu entre o período de março de 2020 a março de 2021.

Palavras-chave: Política Pública; Saúde; Município de Caracará; Roraima; Coronavírus.

SUMÁRIO



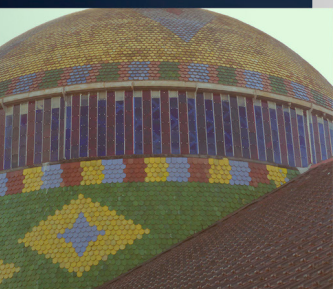
INTRODUÇÃO

Em decorrência da gravidade do novo coronavírus que se alastra no mundo, as autoridades sanitárias e a comunidade científica recomendaram para todos os países que adotassem protocolos de segurança em saúde como medidas de isolamento e distanciamento social, para evitar a contaminação do novo coronavírus. Diante do contexto da pandemia, as autoridades municipais são obrigadas a implementarem políticas públicas de saúde que sejam eficazes para restringir e conter o avanço da pandemia e evitar sobrecargas nos serviços públicos de saúde e perdas de vidas.

Diante do cenário pandêmico, esse estudo busca analisar as políticas públicas de saúde adotadas pela gestão municipal como medida fundamental para conter o avanço e controle do novo coronavírus no município de Caracarái-RR. Neste sentido, o artigo partiu da seguinte problemática: quais as medidas adotadas pelo município de Caracarái, após a chegada do novo coronavírus no Estado de Roraima? Diante desse contexto, tem como objetivo geral, analisar a importância de medidas restritivas impostas na área de saúde para enfrentamento e controle ao combate do novo coronavírus, com programas e ações que buscam reduzir os impactos da pandemia e proteger a população e o sistema de saúde municipal de Caracarái-RR.

A partir do objetivo geral, a temática discorre sobre os seguintes objetivos específicos: descrever sobre a importância do papel das políticas públicas na gestão municipal como planejamento de ações que promovam o bem-estar da saúde da população; identificar as ações de intervenções para conter o contágio da pandemia da COVID-19 recomendada pelas autoridades sanitárias; e analisar com base na literatura, legislação, site da Secretaria Estadual de Saúde, Diário Oficial Municipal de Caracarái e Portal da Transparência de Caracarái, sobre

SUMÁRIO



os dados e procedimentos de enfrentamento a COVID-19 adotados pela gestão pública do município de Caracarái-RR.

Justifica-se a partir das recomendações das autoridades sanitárias, houve a necessidade de investigar sobre as medidas adotadas na gestão pública municipal de Caracarái-RR para conter o avanço do Novo Coronavírus (COVID -19). Vale ressaltar, que a realização da pesquisa ocorreu entre o período de março de 2020 a março de 2021.

REVISÃO TEÓRICA

No dia 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre diversos casos de pneumonia na cidade de Wuhan, localizada na República Popular da China. A situação tratava-se de uma nova espécie de coronavírus que não havia sido descoberta em seres humanos, o SARS-CoV-2, responsável por provocar a doença COVID-19 (ROSSI, 2020). No ano de 2020, a Organização Mundial de Saúde, decretou Emergência de Saúde Pública de importância internacional, e declarou como pandemia, a COVID-19, causada pelo novo coronavírus, por se tratar de uma disseminação mundial da doença transmitida de pessoas para pessoas.

Diante do contexto pandêmico do novo coronavírus, a gestão pública municipal tem a responsabilidade de adotar decisões de interesse coletivo que impactam diretamente na vida social da população, através de medidas impostas pelas políticas públicas de saúde para promover o bem-estar da sociedade. Segundo Matias-Pereira (2020), a política pública é vista como uma forma de resolução pacífica de conflitos, que por meio dela torna-se possível alcançar a satisfação de direitos básicos de toda sociedade.

SUMÁRIO



Conceitos e características das políticas públicas

No campo da literatura não existe uma definição única de conceito de políticas públicas, como afirma Santos (2016) e muito menos, há consenso entre os estudiosos do campo sobre qual seria o melhor modelo para sua análise. Ou seja, o conceito de políticas públicas será formulado de acordo com a análise e concepção de cada pesquisador. Para Matias-Pereira (2020), a expressão política pública, é utilizada num sentido mais amplo, para indicar a atividade ou o conjunto delas, tendo como referência o Estado, responsável pela implementação das referidas ações. Da mesma forma, os autores Dias e Matos (2012, p. 12), definem que as políticas públicas “são as ações empreendidas ou não pelos governos que deveriam estabelecer condições de equidade o convívio social, tendo como objetivo dar condições para que todos possam atingir uma melhoria da qualidade de vida compatível com a dignidade humana”. Neste sentido, para que as políticas públicas se concretizem é necessário seguir uma série de características como medidas concretas que são fundamentais, de acordo com Dias e Matos (2012, p.16):

Para que uma política de governo se converta em políticas públicas é necessário que está se baseie em programas concretos, critérios, linhas de ação e normas; planos; previsões orçamentária, humanas e materiais; também podem ser incluídas as disposições constitucionais, as leis e os regulamentos, os decretos e resoluções administrativas, entre outras.

Portanto, o processo de políticas públicas percorre através das decisões e ações de governo, o que se caracteriza em estratégias que orientam a execução das atividades. Todas essas atividades advindas da problemática devem definir-se no planejamento da ação, e através dos ciclos das políticas públicas.

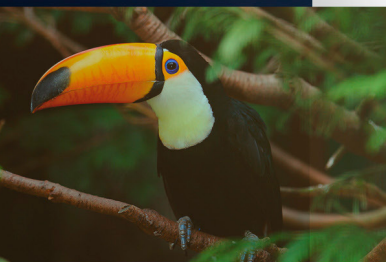
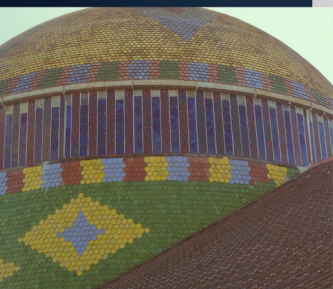
SUMÁRIO

Planejamento e ciclos das políticas públicas

O planejamento é uma das ferramentas fundamentais na gestão pública, e está relacionada com a preparação, organização e estruturação das atividades para alcançar determinado objetivo. Segundo Dias (2017, p. 120) “na prática quando se processa o planejamento, um plano está sendo elaborado, e este pode ser considerado o produto do planejamento”. Pode se afirmar que, “o plano se situa entre os processos de elaboração e implementação do planejamento e busca ordenar as ações necessárias para atingir os objetivos”. Contudo, o planejamento é um caminho traçado por estratégias para alcançar objetivos concretos, buscando sempre dois aspectos inseparáveis, o conhecimento e o planejamento.

Para Santos (2016, p. 60), “o conhecimento e planejamento” são os instrumentos utilizados, para reunir informações detalhadas sobre o estado do problema e programar ações para que produzam efeitos desejáveis. Dessa forma, as políticas públicas são consideradas ações práticas da gestão municipal por meio do desenvolvimento das etapas do ciclo de política pública para efeito de resolver uma problemática que afetam toda coletividade.

Segundo Dias e Matos (2012, p. 64), o ciclo de políticas públicas não pode ser planejado de forma simples e linear, é formado por redes complexas de inúmeros atores que dão sustentação à política adotada. E aborda uma divisão de etapas sequenciais, constituídas pelas seguintes situações: “formação de agenda, definição do problema, análise do problema, formação de alternativas, tomada de decisão ou adoção da política, implementação, monitoramento, avaliação e ajuste”, Rua (2014, p. 33). Para tanto, a compreensão das etapas do ciclo de política pública, permite identificar e analisar os processos para formalização das políticas e promover resultados positivos.



SUMÁRIO

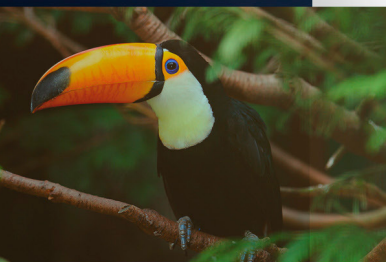
A importância das políticas públicas na gestão municipal como planejamento de ações que promovam o bem-estar da saúde da população

Neste contexto, as políticas públicas são importantes pelo fato de promover o bem-estar social da população com resultados satisfatórios que incumbem todos os níveis sociais e contemplam a qualidade de vida para todos. Ou seja, elas são planejadas com a finalidade de atender um objetivo social. Neste sentido, os autores Tude *et. al*, (2016, p. 36) definem que:

As políticas públicas são elaboradas essencialmente com objetivo de suprir as demandas sociais. Sendo assim, o fato de que existem diversos problemas sociais nos permite deduzir que existem diferentes segmentos da sociedade onde as políticas públicas podem atuar na tentativa de solucionar esses problemas.

Entende-se que, as políticas públicas municipais são vistas como um instrumento de trabalho governamental, que sistematiza a coerência de um problema social para atender os interesses comuns da população do município. Como afirma Dias (2013, p. 277) que “as políticas públicas constituem as ações realizadas pelo Estado com o objetivo de atender as demandas da população que se encontra em seu território”. Diante desse contexto, para que a concretização das políticas públicas sejam eficientes na gestão pública municipal, os agentes públicos envolvidos na execução do programa, necessitam ter explícito na agenda governamental os objetivos e três etapas macro.

Segundo Dias e Matos (2013, p. 281) “são estritamente necessários: o diagnóstico, o planejamento e a avaliação”. Neste sentido, o diagnóstico tem a função fundamental de propor uma avaliação das condições do objeto a ser executado e uma dimensão atual do problema a ser enfrentado, podendo ser ajustado à realidade da problemática.



SUMÁRIO



No entanto, para o atual cenário pandêmico, é imprescindível que as políticas públicas recomendadas pelas autoridades de saúde sejam efetivas e eficientes para combater e controlar a disseminação do novo coronavírus.

Os efeitos da pandemia e as novas perspectivas de políticas públicas na saúde recomendadas pelas autoridades

A pandemia da COVID-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou Novo Coronavírus, vem produzindo repercussões não apenas de ordem biomédica e epidemiológica em escala global, mais também repercussões e impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos sem precedentes na história recente das epidemias, (FIOCRUZ, 2021). Contudo, a abrangência dos efeitos pandêmicos ainda está longe do fim, e as recomendações de medidas restritivas das autoridades de saúde são fundamentais neste momento de crise sanitária, para impedir a propagação do novo coronavírus. Preocupada com a situação pandêmica, a Organização Mundial de Saúde (OMS), recomendou cinco diretrizes que foram repassadas para todos os países. Segundo Oliveira (2020), são definidas em: empoderamento de comunidades, supressão da transmissão, salvamento de vidas, aceleração de pesquisa e liderança política. Ou seja, todas as diretrizes têm a finalidade de desacelerar a pandemia no mundo, cabe aos governantes a responsabilidade de implementá-las.

Assim como a OMS recomendou as diretrizes de políticas públicas de saúde, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), também publicou a Recomendação de nº. 022, de 09 de abril de 2020, com as seguintes medidas de adoção a política de saúde pública para contenção da pandemia para estados e municípios: 1) Que, como medida urgente, seja ampliado o número de testes diagnósticos por meio da

SUMÁRIO



implementação e reconhecimento de potenciais laboratórios; 2) Que a Vigilância Epidemiológica seja convocada a manter atualizados os dados da COVID-19; 3) Que ampliem os esforços para o fornecimento e utilização de Equipamento de Proteção Individual - EPIs, de qualidade e em quantidade suficiente, para os trabalhadores e as trabalhadoras de saúde e dos serviços essenciais, nos diversos níveis de atenção com adequação técnica ao risco de exposição e de acordo com as atividades, intensidade e tempo de uso; e 4) Que reforcem, ou implementem, as medidas que possibilitem o afastamento social, e que não permitam aglomerações de pessoas, como forma de diminuir a disseminação do coronavírus e evitar o colapso do Sistema de Saúde.

E sugere que governadores, secretários estaduais de saúde, prefeitos e secretários municipais de saúde adotem essas medidas urgentes e efetivas para as ações de combate à pandemia do novo coronavírus. Neste caso, há várias medidas que estão sendo utilizadas para deter a disseminação da COVID-19, recomendadas pelas autoridades de saúde, bem como medidas de saúde não farmacológica. Segundo Santos e Lopes (2021, p. 83):

A maioria dos estados e cidades adotaram estratégias não farmacológicas que, na prática, compreendem medidas bastante diversas, como quarentenas (lockdown) total e parcial, isolamentos individuais ou grupais, distanciamento físico, incluindo a redução do tamanho ou proibição de eventos, fechamento de unidades de ensino (escolas e universidades), restrições ao funcionamento do comércio, serviços e indústria, fechamento e proibição de frequência a parques, piscinas e praias, redução do transporte (municipal, intermunicipal e interestadual) e mudanças no regime de trabalho de servidores públicos.

Diante do contexto político da pandemia, os estados e municípios têm autonomia para executar políticas públicas de saúde através das medidas restritivas de combate e controle da propagação da COVID-19, e tem sido garantido pelas autoridades estaduais e municipais. Como ressalta Aquino *et. al.* (2020, p. 2431) que:

SUMÁRIO



A autonomia administrativa dos estados e municípios em áreas como saúde, educação e comércio, prevista na Constituição Federal, restringe a possibilidade de interferência direta do governo federal em decisões de governos locais. Isso tem sido objeto de discussão pelo Supremo Tribunal Federal e até o momento tem prevalecido o reconhecimento da autonomia de estados e municípios quanto à adoção de medidas de emergência que digam respeito à saúde pública.

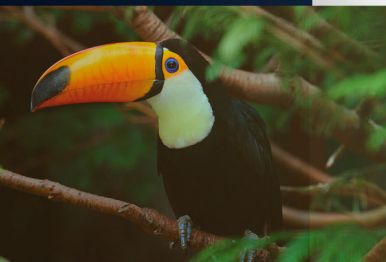
Portanto, tendo como objeto de estudo o município de Caracarái-RR, o mesmo não foi diferente, adotou através de decretos municipais medidas restritivas de distanciamento social, quarentenas, lockdown, proibição de atividades não essenciais e *drive thru* entre outras ações.

METODOLOGIA

Classificação da pesquisa

A presente pesquisa trata de uma análise sobre a importância de políticas públicas de saúde para enfrentamento, controle e combate do novo coronavírus, com programas e ações que buscam reduzir os impactos da pandemia e proteger a população e o sistema de saúde municipal de Caracarái-RR. O município foi criado pela Lei Federal n.º 2.495, de 27 de maio de 1955, conta com uma população de 18.398 de acordo com o último censo de 2010, do IBGE, tendo como população estimada para 2020 em 22.283 habitantes. O município é cortado pela rodovia federal BR 174 que liga o município de Boa Vista à cidade de Manaus e Venezuela e fica situado na região centro-sul de Roraima. Levando em consideração o objetivo do estudo, adotou-se o método dedutivo, que segundo Diniz e Silva (2008, p. 06), “o método dedutivo é o conhecimento científico que procura conhecer, além do fenômeno observado, utilizando-se da razão como caminho para chegar à certeza sobre a verdade do fenômeno investigado”.

SUMÁRIO



O delineamento do estudo configurou por uma pesquisa qualitativa. Segundo Prodanov e Freitas (2013, p.52), a pesquisa qualitativa:

Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo e objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números. A interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são básicas no processo de pesquisa qualitativa. Esta não requer o uso de métodos e técnicas estatísticos.

O procedimento da temática desenvolveu-se por uma pesquisa bibliográfica, que segundo Gil (2008, p. 50), “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho desta natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas”.

A técnica de levantamento de dados constituiu-se de pesquisa documental através de textos publicados na internet, Diário Oficial Municipal de Caracará e Portal da Transparência Municipal, Legislação municipal e websites jornalísticos que reproduzem situações já ocorridas no combate da pandemia no município de Caracará-RR. Para Lakatos e Marconi (2011, p. 34), a pesquisa documental baseia-se em materiais que não receberam ainda um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os instrumentos de coletas de dados valem-se de uma análise documental e bibliográfica, através de leituras seletivas e reflexivas acerca do tema tratado. De acordo com Larosa e Ayres (2005, pg.37):

A partir do tema escolhido, são procuradas informações em livros, documentos, artigos científicos e periódicos, direcionados, como revistas especializadas ou em periódicos de grande tiragem que penetram em grandes núcleos sociais.

SUMÁRIO

Por meio dessas indicações, iniciou-se a pesquisa com base nas informações vinculadas a gestão pública municipal e a COVID-19, obedecendo os objetivos gerais e específicos.

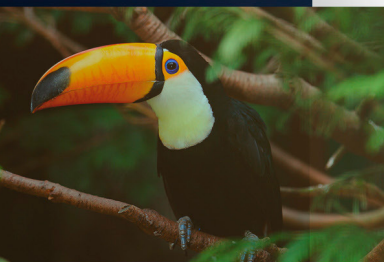
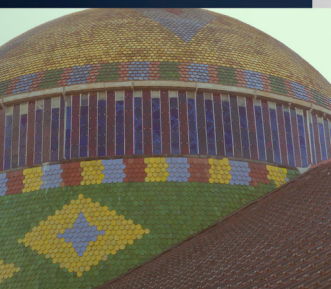
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em janeiro de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) começou os debates sobre a formação de uma emergência de Saúde Pública de âmbito internacional em decorrência do surgimento de um novo coronavírus, na China, em dezembro de 2019. No dia 30 de janeiro, a OMS declarou a epidemia como uma emergência internacional (Lana *et al.*, 2020). Segundo a OMS (2020), no Brasil, o primeiro caso detectado da COVID-19 surgiu em 26 de fevereiro de 2020.

Em Roraima, os primeiros casos constatados, foram confirmados pela secretaria de comunicação do governo estadual ao portal de notícias G1 Roraima, no dia 21 de março de 2020. De acordo com os dados obtidos junto a Secretaria Municipal de Saúde, o relato dos primeiros casos de Coronavírus confirmado no município de Caracaraí ocorreu no dia 28 de abril de 2020.

Diante do contexto pandêmico, o governo do Estado de Roraima publicou o Decreto de nº 28.587-E, de 16 de março de 2020, que dispõe sobre medidas para o enfrentamento da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional decorrente do Coronavírus e o Decreto nº. 28.635-E de 22 de março de 2020 que declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado de Roraima para fins de prevenção e enfrentamento a pandemia causada pela COVID-19.

E mediante recomendação feita que prefeituras formalizarem seus próprios planos de contingência contra coronavírus (COVID-19)



SUMÁRIO



impostas pelos Governos Federal e Estadual, a prefeitura municipal de Caracaraí, estabeleceu imediatamente política de saúde local e adesão de medidas não farmacológicas de prevenção, controle e combate a COVID-19, mesmo antes da chegada do novo coronavírus no Estado.

Dessa forma, as políticas públicas de saúde adotadas no município de Caracaraí ocorreram através de publicação em decreto municipal, bem como de contratos e licitações para atender os programas e ações de combate ao novo coronavírus (COVID-19) na sede, áreas circunvizinhas e ribeirinhas de Caracaraí, conforme consulta no portal da transparência de Caracaraí.

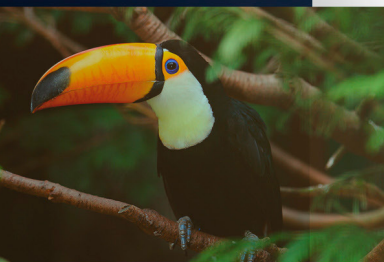
Medidas de políticas públicas de saúde adotadas pelo município de Caracaraí

No ano de 2020 foram emitidos 16 (dezesseis) decretos municipais de acordo com dados obtidos no portal da transparência de Caracaraí, que trata de medidas de contenção e prevenção do novo coronavírus no município. A intensificação da adoção das medidas sociais e de políticas públicas de saúde para enfrentamento da COVID-19, realizada pela gestão municipal ocorreram através das edições publicadas em Decretos municipais, conforme quadro a seguir.

Quadro 1 – Decretos Municipais emitidos no ano de 2020, que dispõe sobre adoção de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pela COVID-19

Descrição	Veículo de publicação	Data da publicação
Decreto n. 005/2020 - Dispõe sobre adoção no âmbito da Administração municipal de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pela COVID-19.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	17/03/2020
Decreto n. 007/2020 - Declara situação de calamidade pública no âmbito do município de Caracarái e define novas medidas de enfrentamento e prevenção ao coronavírus – COVID-19, no município de Caracarái-RR.	Diário Oficial Municipal nº. 1104	24/03/2020
Decreto n. 008/2020 - Define novas medidas de enfrentamento e prevenção ao novo coronavírus no município, que trata do isolamento domiciliar voluntário de viajantes oriundos de outros países e estados da federação.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	24/03/2020
Decreto n. 009/2020 - Define novas medidas excepcionais e temporárias de enfrentamento e prevenção ao novo coronavírus no âmbito da Administração pública e no setor privado.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	28/03/2020
Decreto n. 010/2020 - Prorroga os prazos estabelecidos no Decreto n. 005/2020, de 17 de março de 2020, enquanto perdurar a situação de calamidade pública ou edição de nova medida pelo Poder Executivo Municipal.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	31/03/2020
Decreto n. 013/2020 - Autoriza a prorrogação dos prazos contratuais de execução de objetos de convênio e contrato de repasse e congêneres formados com governo federal, sob a égide das portarias interministerial nº.127/2007, 511/2016 e 424/2016 e demais contratos públicos afetado pelo Decreto 007/2020 que declara situação de calamidade no município de Caracarái.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	17/04/2020
Decreto n. 017/2020 - Estabelece novas medidas de ações para prevenção, contenção, e enfrentamento da emergência de saúde pública de importância nacional e internacional decorrente do novo coronavírus.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	29/04/2020
Decreto n. 018/2020 - Inserir dispositivo ao Decreto nº. 017/2020 de 29 de abril de 2020, determina adoção de novas medidas para prevenção, contenção, e enfrentamento da pandemia do novo coronavírus, para tornar obrigatório o uso de máscaras de proteção facial.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	04/05/2020

SUMÁRIO



SUMÁRIO



Decreto n. 019/2020 - Prorroga a suspensão das aulas na rede municipal de ensino e dá outras providências.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	05/05/2020
Decreto n. 020/2020 - Prorroga a suspensão das aulas na rede municipal de ensino, altera o decreto nº 009/2020 e dá outras providências.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	04/06/2020
Decreto n. 024/2020 - Institui o plano de contingência municipal para enfrentamento da doença pelo coronavírus (COVID-19).	Portal da Transparência de Caracarái-RR	18/06/2020
Decreto n. 025/2020 - Institui o plano de contingência municipal para sepultamentos pela COVID-19.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	18/06/2020
Decreto n. 026/2020 - Dispõe sobre a adoção de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pela COVID-19 (novo coronavírus), no âmbito interno da administração municipal.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	30/06/2020
Decreto n. 027/2020 - Dispõe sobre os procedimentos para restabelecer a atividade dos templos religiosos e cultos de qualquer gênero no território do município de Caracarái (RR).	Portal da Transparência de Caracarái-RR	29/07/2020
Decreto n. 028/2020 - Prorroga a suspensão das aulas na rede municipal de ensino, altera o decreto nº 020/2020.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	29/07/2020
Decreto n. 030/2020 - Prorroga a suspensão das aulas na rede municipal de ensino, altera o decreto nº 028/2020.	Portal da Transparência de Caracarái-RR	31/08/2020

Fonte: Portal da Transparência de Caracarái-RR (2020).

Contudo, o executivo municipal preocupado para tentar barrar a disseminação da doença e preservar a saúde e a vida dos munícipes, adotou várias medidas de contenção de políticas públicas de saúde durante o exercício de 2020. No ano de 2021, ainda com a pandemia em curso, houve a necessidade da emissão de novas medidas de combate a pandemia em Caracarái. Até março de 2021 quando ocorreu a pesquisa, foram publicados pela prefeitura três novos Decretos municipais, com medidas de contenção contra o coronavírus, conforme dados no quadro abaixo.

Quadro 2 – Medidas de enfrentamento a pandemia da COVID-19 no ano de 2021

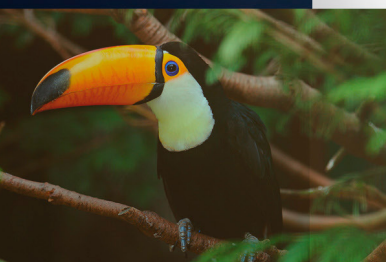
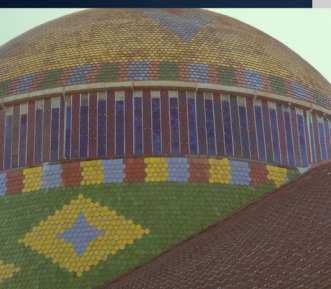
Descrição	Veículo de publicação	Data da publicação
Decreto n.004/2021 - Dispõe sobre adoção, no âmbito da Administração Municipal, de medidas de caráter emergencial e temporário de prevenção de contágio pelo novo coronavírus (COVID-19).	Publicado no mural da prefeitura de Caracarái-RR	17/01/2021
Decreto n.007/2021 - Dispõe sobre a complementação das medidas no âmbito do município de Caracarái de combate ao novo coronavírus.	Publicado no mural da prefeitura de Caracarái-RR	08/02/2021
Decreto n.012/2021 - Dispõe da prorrogação dos Decretos 004/2021 e 007/2021 que trata das medidas de combate ao novo coronavírus no município de Caracarái.	Publicado no mural da prefeitura de Caracarái-RR	10/03/2021

Fonte: Portal da Transparência de Caracarái-RR (2021).

Conforme o quadro (2) novas medidas de adoção de políticas de saúde, foram tomadas em razão do crescimento exponencial dos casos pelo novo coronavírus em todo território nacional e principalmente nos aumentos de casos no Estado do Amazonas. E ainda, com a inexistência de cronograma definido pelo Ministério da Saúde para o início do processo de imunização da população, a prefeitura resolveu publicar três decretos municipais em 2021, o primeiro, dispõe da suspensão de algumas atividades como, eventos culturais e esportivos, aulas de todas as escolas da rede municipal de ensino, atendimentos realizados pelos pelas secretarias municipais, além de atendimentos odontológicos, fisioterapias entre outras.

O segundo, trata da complementação das medidas para intensificação da pandemia, e proíbe no período de 30 dias, o acesso às cachoeiras, rios lagos, atividades esportivas, clubes e festas, bares e restaurantes, serviços de moto táxi, transporte público intermunicipal e fica obrigatório o uso de máscaras de proteção facial para todos os munícipes que saírem na rua e estabeleceu toque de recolher a partir

SUMÁRIO



das 23 horas, entre outras atividades. E o terceiro, dispõe da prorrogação dos primeiros decretos 004 e 007/2021.

Visto que, desde os primeiros alertas epidemiológico do novo coronavírus no Brasil, a prefeitura de Caracaráí, definiu medidas de políticas públicas de Saúde que foram tomadas antes mesmo de surgir os primeiros casos da COVID-19 no município.

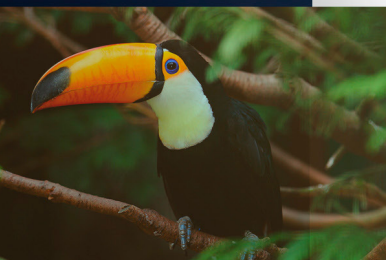
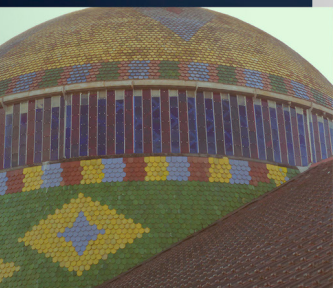
Recursos destinados ao combate do novo coronavírus no município de Caracaráí – RR

Os recursos destinados ao combate da COVID-19 no município de Caracaráí, no período de 2020 e até março de 2021, foram na ordem de R\$ 2.580.618,72 (dois milhões quinhentos e oitenta mil, seiscentos e dezoito reais e setenta e dois centavos), segundo dados do portal da transparência do município.

Esse recurso foi destinado ao custeio das ações de saúde, aplicadas em medidas de atenção básica e em políticas de atendimento relacionadas às altas e médias complexidades da doença causada pelo novo coronavírus, como aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's), aquisição de material de consumo, álcool em gel, testes rápidos e combustíveis, campanhas educativas e pagamento de prestadores de serviços e despesas de pessoal.

No que tange a despesa informada, R\$ 1.978.448,70 (Um milhão novecentos e setenta e oito mil, quatrocentos e quarenta e oito reais e setenta centavos), foram gastos no exercício de 2020 e R\$ 602.170,02 (Seiscentos e dois mil, cento e setenta reais e dois centavos) até março de 2021, considerando os valores utilizados ao combate do novo coronavírus (COVID-19).

SUMÁRIO

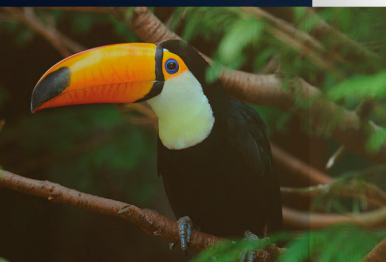


SUMÁRIO

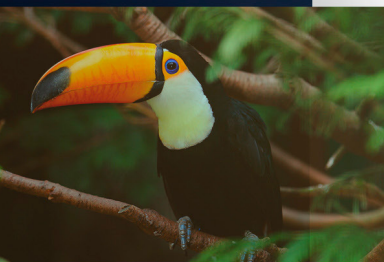
**Licitações e contratos firmados
para o enfrentamento da COVID-19**

No ano de 2020, a prefeitura de Caracará realizou 31 (trinta e um) procedimentos licitatórios na modalidade dispensa de licitação emergencial com contratações públicas voltadas ao enfrentamento da calamidade pública e estados de emergência decorrente do novo coronavírus, conforme dados obtidos no portal da transparência do município. Os procedimentos licitatórios tratam das seguintes contratações: aquisição de Equipamento de Proteção Individual-EPI; material de consumo e higiene; empresa para realizar campanha contra o coronavírus; transporte para o deslocamento de servidores da sede do município até o Baixo Rio Branco; aquisição de combustível para as ações de combate a COVID-19; aquisição de testes rápidos; aquisição de alimentos ricos em proteínas; aquisição de higiene pessoal e limpeza; contratação de profissionais na área da saúde; serviços funerários; aquisição de medicamentos; serviços de sanitização em estabelecimentos públicos e comerciais no município; prestação de serviços de propaganda volante; aquisição de álcool; aquisição de sacos para óbito e aquisição de tenda piramidal, para atender as políticas de saúde contra ao novo coronavírus.

Em 2021, houve a necessidade da realização de mais 04 (quatro) procedimentos licitatórios com novas contratações emergenciais em função da contenção da pandemia. As contratações foram para atender as necessidades da secretaria municipal de saúde no combate ao novo coronavírus (COVID-19), como a aquisição de medicamentos – (kit COVID), aquisição de testes rápidos para diagnóstico da COVID-19, prestação de serviços de propaganda volante, contratação para aquisição de testes rápidos para diagnóstico da COVID-19.



SUMÁRIO



Enfim, as contratações públicas foram para custear e desenvolver ações de políticas de saúde no combate ao novo coronavírus no município de Caracará-RR, conforme consulta no portal da transparência do município no período de março de 2020 a março de 2021.

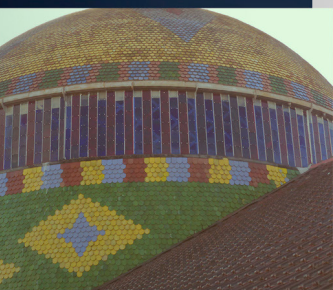
Situação dos casos da COVID-19 no município de Caracará-RR

Nesta seção, foram utilizados os dados da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Roraima por meio do painel transparência COVID-19 para o levantamento dos números de casos do novo coronavírus entre março de 2020 a março de 2021, registrados por municípios do Estado. O município de Caracará está dividido em 08 bairros, 11 áreas circunvizinhas e 08 vilas no Baixo Rio Branco, conforme dados levantados junto a Secretaria Municipal de Saúde. Segue os dados no quadro abaixo:

Quadro 3 – Distribuição de casos da COVID-19 por municípios do Estado de Roraima até março de 2021

Municípios	Confirmados	Ranking	Recuperados	Ranking	Óbitos	Ranking
Alto Alegre	1.134	9º	1.075	10º	23	8º
Amajari	816	13º	760	13º	18	10º
Boa Vista	67.349	1º	63.092	1º	1.007	1º
Bonfim	1.832	6º	1.711	6º	24	6º
Cantá	1.712	7º	1.614	7º	22	9º
Caracará	1.983	3º	1.811	4º	39	3º
Caroebe	1.536	8º	1.468	8º	15	11º
Iracema	816	12º	771	12º	12	12º
Mucajai	1.868	5º	1.803	5º	30	5º
Normandia	432	15º	404	14º	24	7º
Pacaraima	1.938	4º	1.859	3º	32	4º

SUMÁRIO



Rorainópolis	2.544	2º	2.441	2º	41	2º
São João da Baliza	1.066	10º	1.039	11º	06	15º
São Luiz do Anauá	460	14º	222	15º	08	13º
Uiramutã	1.144	11º	1.133	9º	07	14º

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde- painel transparência COVID-19 (2021).

Os resultados do quadro (3), demonstram a distribuição de casos da COVID-19 no Estado de Roraima, e o município de Caracaráí segue em 3º (terceiro) lugar no ranking dos casos confirmados e de óbitos, conforme o quadro acima, o que representa 2% dos casos confirmados e recuperados em Roraima. Nesta pesquisa foram incluídos todos os óbitos confirmados pela COVID-19 no município de Caracaráí-RR, desde os primeiros casos de óbitos no dia 11 de junho de 2020 até os últimos do dia 21 de março de 2021.

Segundo noticiado no Jornal Folha de Boa Vista, do dia 23 de março de 2021, mais nove mortes pela COVID-19 foram registradas, e quatro eram de Caracaráí, isso fez com que o município ultrapassasse o município de Pacaraima com 32 óbitos, e se torna-se em 3º (terceiro) lugar no ranking como um dos maiores números de mortes pela COVID-19 em Roraima. Contudo, apenas os municípios de Boa Vista e Rorainópolis estão com quantitativo de casos acima do município de Caracaráí. Em relação aos casos recuperados da COVID-19, os dados apontam o município de Caracaráí em 4º (quarto) lugar no ranking dos municípios roraimenses.

Portanto, desde os primeiros casos da COVID-19 ocorrido no mês de abril de 2020 até o mês de março de 2021, foram infectados 10,8% da população de Caracaráí, segundo os dados da Secretaria Municipal de Saúde.

SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

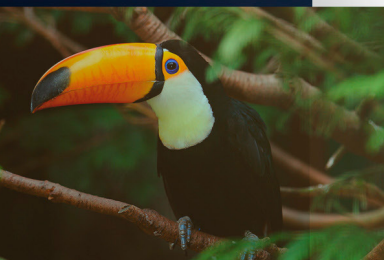
Considerando a situação pandêmica que atualmente estamos vivenciando, a intensificação de políticas públicas de saúde recomendadas pelas autoridades de saúde, torna-se fundamental para contenção do novo coronavírus pela Administração Pública Municipal. Apesar do baixo investimento em saúde no município a insuficiência de insumos básicos, para os profissionais de saúde e as equipes que trabalham na linha de frente no atendimento da COVID-19. Além dos impactos sociais e econômicos, a prefeitura municipal através de decretos criou várias medidas de contenção contra COVID-19.

Neste artigo foi identificado que o município de Caracaraí, vem constituindo políticas de saúde pública com ações de combate e controle ao novo coronavírus, mesmo antes da chegada da COVID-19 no Estado de Roraima. E decretou várias medidas preventivas, através da secretaria municipal de saúde, como o distanciamento social, quarentenas, lockdown, proibição de atividades não essenciais e *drive thru*, a criação de um programa para atender os chamados da população que apresentasse alguns dos sintomas da doença. Contratação de profissionais para atender o programa de controle e combate a COVID-19, o que ocasionou gastos com novas admissões e treinamentos, não tendo como prosseguir por mais tempo no que tange às contratações, dificultando os trabalhos a serem realizados para conter o avanço da doença no segundo semestre de 2020.

No entanto, o que foi detectado é que aproximadamente 10,8% da população de Caracaraí, já foram infectadas pela COVID-19, um número elevado em relação às políticas de saúde adotadas bem antes da chegada da doença no município, além dos 39 casos de óbitos. (SESAU, 2021).

De acordo com informações do portal de transparência, o município investiu entre contratação de pessoas, aquisições e serviços

SUMÁRIO



cerca de R\$ 2.580.618,72 (dois milhões quinhentos e oitenta mil, seiscentos e dezoito reais e setenta e dois centavos), para o enfrentamento da COVID-19 no período de 2020 até março de 2021.

Enfim, mesmo diante das dificuldades de recursos, o gerenciamento do poder executivo municipal, em relação às medidas adotadas contra o novo coronavírus, cumpriu a problemática da pesquisa de forma eficiente, bem como os objetivos que buscou identificar os procedimentos de enfrentamento e as ações de intervenções a COVID-19 definidos pela gestão pública do município de Caracará-RR.

REFERÊNCIAS

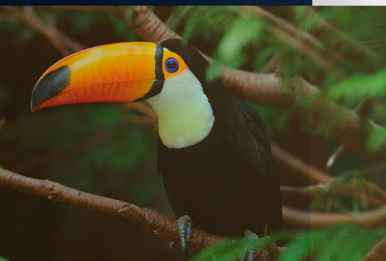
AQUINO, E. M. L. *et. al.* **Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19:** potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* vol.25 supl.1. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020006702423&script=sci_arttext. Acesso em: 09 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Recomendação nº 022/2020.** Recomenda medidas com vistas a garantir as condições sanitárias e de proteção social para fazer frente às necessidades emergenciais da população diante da pandemia da COVID-19. 2020. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1112-recomendac-a-o-n-022-de-09-de-abril-de-2020>. Acesso em: 09 abr. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde. **Medidas não farmacológicas.** Brasília -DF. Brasil. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/medidas-nao-farmacologicas#:~:text=Diante%20da%20indisponibilidade%2C%20at%C3%A9%20o,eficientes%20medidas%20no%20combate%20%C3%A0>. Acesso em: 19 abr. 2021.

CARACARÁ CONFIRMA DOIS CASOS DE CORONAVÍRUS. **Folha de Boa Vista.** Boa Vista – Roraima. 2020. Editorial Cidades. Disponível em: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Interior/Caracarai-confirma-dois-casos-de-coronavirus/65062>. Acesso em: 19 abr. 2021.

SUMÁRIO



CARACARAÍ VIRA 3º MUNICÍPIO COM MAIS MORTES POR COVID-19 EM RORAIMA. Boletim Epidemiológico. **Folha BV Web**. Boa Vista – Roraima. 23 de março de 2021. Editorial: Cidades. Disponível em: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/Caracarai-vira-3o-municipio-com-mais-mortes-por-covid-em-Roraima/74270/amp>. Acesso em: 19 abr.2021.

DIAS, R. **Gestão Pública: aspectos atuais e perspectiva para atualizações**. São Paulo: Atlas, 2017.

DIAS, R. **Ciência Política**. - 2. ed. - São Paulo: Atlas, 2013.

DIAS, R.; MATOS, F. **Política Pública: princípios, propósitos e processos**. São Paulo: Atlas, 2012.

DINIZ, C.R.; SILVA, I. de B. **Metodologia científica**. 21 ed. – Campina Grande: Natal: UEPB/UFRN - EDUEP, 2008.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. COVID-19 - **Observatório COVID-19. Impactos sociais da pandemia**. Rio de Janeiro- RJ. Fiocruz. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOVERNO CONFIRMA DOIS PRIMEIROS CASOS DE CORONAVÍRUS EM RR. **Portal G1 Roraima**. Boa Vista-RR. 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rr/roraima/noticia/2020/03/21/governo-confirma-dois-primeiros-casos-de-coronavirus-em-rr.ghtml>. Acesso em: 19 abr. 2021.

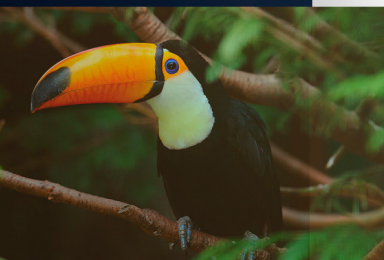
INSTITUTO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico**. Caracará-IBGE Cidades. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rr/caracarai/panorama>. Acesso em: 19.abr.2021.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. 5. - São Paulo: Atlas, 2003.

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; VILLELA, D. A. M.; CODEÇO, C. T. **Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva**. Cad. Saúde Pública 2020; 36(3): e00019620. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00019620.pdf>. Acesso em: 19 Abr. 2021.

LAROSA, M. A. Ayres, F.A. **Como Produzir uma Monografia Passo a Passo**. 5ª. Ed. Revisada e ampliada. Rio de Janeiro: Editora Wak, 2005.

SUMÁRIO



MATIAS-PEREIRA, J. **Manual de gestão pública contemporânea** / José Matias-Pereira. – 6. ed., rev. e atual. – São Paulo: Atlas, 2020.

OLIVEIRA, P. I. de. **OMS divulga novas diretrizes para enfrentamento da pandemia**. Organização Mundial de Saúde - OMS. Repórter da Agência Brasil. Brasília, 2020. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-06/oms-divulga-novas-diretrizes-para-enfrentamento-de-pandemia>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Brasil confirma primeiro caso de infecção pelo novo coronavírus**. Brasília, DF - Brasil: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6113:brasil-confirma-primeiro-caso-de-infeccao-pelo-novo-coronavirus&Itemid=812. Acesso em: 19 abr. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARACARAÍ. Portal do município de Caracarái. **História de Caracarái**. 2020. Disponível em: <https://www.caracarai.rr.gov.br/historia-de-caracarai>. Acesso: 05 abr. 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARACARAÍ. Portal da transparência. **Legislação e gastos no combate a COVID-19**. 2020. Caracarái-RR. Disponível em: <https://www.caracarai.rr.gov.br/transparencia/evento/1>. Acesso em: 29 abr.2021.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. De. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. 2 ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RORAIMA. **Decreto nº. 28587-E DE 16/03/2020**. Dispõe sobre medidas de enfrentamento de emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus, e dá outras providências. Boa Vista/Roraima. 2020. Publicado no DOE - RR em 16 mar 2020. Número 3682. Pag.03. disponível em: http://www.imprensaoficial.rr.gov.br/app/_visualizar-doe/. Acesso em: 20 de abr.2021.

RORAIMA. **Decreto nº. 28635-E DE 22/03/2020**. Declara estado de calamidade pública em todo o território do Estado de Roraima para fins de prevenção e de enfrentamento à epidemia causada pela COVID-19 (Coronavírus), e dá outras providências. Roraima. 2020. Publicado no DOE - RR em 23 mar 2020. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=391415>. Acesso em: 20 abr.2021.

SUMÁRIO



RORAIMA. Secretaria Estadual de Saúde. **Painel transparência COVID-19 - Roraima contra Coronavírus**. Brasil - Roraima. 2021. Disponível em: <https://www.saude.rr.gov.br/>. Acesso em: 21 abr.2021.

ROSSI, M. “**Eu não poderia recuar nessa hora**”: o dilema dos **profissionais da saúde que estão no grupo de risco**. *El País* (Brasil). Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2020-03-25/eu-nao-poderia-recuar-nessa-hora-o-dilema-dos-profissionais-da-saude-que-estao-no-grupo-de-risco.html>. Acessado em 30. jan. 2021.

RUA, M. G. **Políticas públicas** / Maria das Graças Rua. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2014.

SANTOS, M. P. G. **Políticas públicas e sociedade** / Maria Paula Gomes dos Santos. – 3. ed. rev. atual. – Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília]: CAPES: UAB, 2016.

SANTOS, A.O.; LOPES, L. T. **Planejamento e Gestão**. Brasília, DF. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021. 342 p. (Coleção Covid19); v.2).

TUTE, J. M.; FERRO, D.; SANTANA, F. P. **Gestão de política pública**. 1. ed.- Curitiba, PR. IESDE BRASIL S/A. 2016. 150 p.

29

Leidy Laizza da Silva Costa

Juliano Milton Kruger

Afonso Filho Nunes Lopes

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SITUACIONAL:

utilização do MAPP para diagnóstico
situacional junto à Secretaria de Controle
Interno da Prefeitura Municipal de Bonfim

SUMÁRIO

**Resumo:**

O estudo consiste na aplicação dos conteúdos analítico-conceituais e operacionais das Metodologias de Planejamento Estratégico Situacional e Diagnóstico de Situação para o enfrentamento de problemas evidenciados na Secretaria Municipal de Controle Interno do Município de Bonfim/RR. Foi realizada inicialmente uma pesquisa bibliográfica e exploratória - descritiva na qual foram identificados os problemas levantados pelos atores sociais da referida instituição. Posterior ao levantamento dos problemas foi elaborado um fluxograma explicativo, foram identificados os nós críticos e formulado o plano de ação que culminou na aplicação do Método Altadir de Planificação Popular (MAPP) também conhecido e difundido como Planejamento Estratégico Situacional (PES). Com isso, possibilitou-se visualizar os problemas e as ações que poderiam ser articuladas em busca da mudança de um cenário considerado pelos atores sociais envolvidos como pouco eficiente.

Palavras-Chave: Controle interno; Planejamento Estratégico Situacional; Método Altadir.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

A razão da existência de qualquer organização são as pessoas, a organização trabalha para elas, por elas e por meio delas, e para que esta funcione devem estar alinhadas a um objetivo em comum que ocorre por meio da gestão de pessoas.

A sociedade contemporânea está passando por um período de grande transformação, social, econômica, política e cultural que remete a uma reestruturação de políticas públicas, para tanto se faz necessária uma otimização do controle interno nos órgãos públicos responsáveis por identificar as necessidades, elaborar e implementar mecanismos que atendam os anseios da sociedade. O controle interno, como o próprio nome já diz, é uma espécie de controle feito internamente na administração pública. Segundo Cruz e Glock (2003) este tipo de controle surgiu com o intuito de assegurar ao gestor a transparência e a segurança que se fazem necessárias aos atos praticados em sua gestão. Sem deixar de compreender, é claro, que a organização do controle é de inteira responsabilidade do gestor e que este responde pelos atos que pratica em nome da administração durante seu período de mandato.

A alocação de recursos, a partir de critérios bem definidos possibilita o desenvolvimento de práticas, que evitam a pulverização das ações e o desperdício das relações sinérgicas (BRASIL, 2005). Corroborando com o autor, no que tange a organização dos serviços, é apresentada aqui, uma proposta de aplicação das metodologias que integram o arsenal do Planejamento Estratégico Situacional traçado por Matus (2007) e conhecido como Método Altadir de Planificação Popular (MAPP): as metodologias de diagnóstico de situação e planejamento de situação, sendo que a primeira se baseia no fato de que cada ator social, baseados em sua visão de mundo formula um diagnóstico de sua realidade e a segunda consiste em executar etapas para a formulação de um plano de ação.

SUMÁRIO

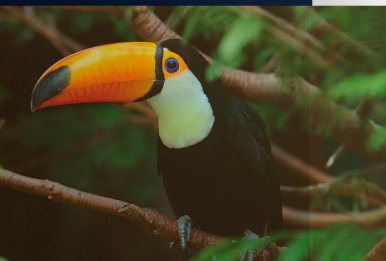
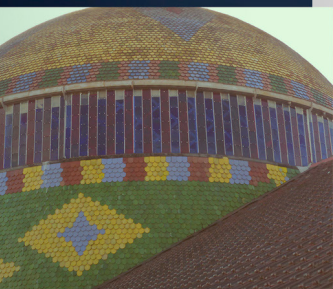
Conforme FLASCO (s. d.) o MAPP confere a possibilidade de governar com objetivos claros que serão acompanhados por meio de um sistema que permita visualizar o detalhamento do plano em programas, projetos e ações coordenadas entre si e, coerentemente articulados com os diversos atores. Nesse sentido o Planejamento Estratégico Situacional, pode possibilitar uma visão mais ampla dos problemas, assim como o desenvolvimento de ações estratégicas mais efetivas.

Para Matus:

(...) planejar é tentar submeter o curso dos acontecimentos à vontade humana, não deixar que nos levem e devemos tratar de ser condutores de nosso próprio futuro, trata-se de uma reflexão pela qual o administrador público não pode planejar isoladamente, está se referindo a um processo social, no qual realizam ato de reflexão, que deve ser coletivo, ou seja, planeja quem deve atuar como indutor do projeto (MATUS, 1993, p. 13).

Percebe-se que a gestão do setor público nos municípios necessita de planejamento, em qualquer órgão público, seja na esfera municipal, estadual ou federal, encontramos o órgão de controle interno, este é responsável por desenvolver ações sistemáticas, preventivas e repressivas, para que antecipe eventuais e indesejáveis ocorrências tais como: desvios, fraudes, desperdícios e irregularidades e inserir mecanismos que evitem sua repetição. Em qualquer área do setor público o controle interno deve ser holista, em todos os setores ou serviços, é a força motriz para uma boa administração pública, por meio deste é possível identificar as necessidades existentes para elaboração das melhores alternativas de ações a desenvolver e implementar políticas públicas que possibilitem melhor qualidade de vida. Nesse sentido a ideia básica do MAPP, pois como afirma o autor, um plano é:

(...) um instrumento teórico com metodologia prática, que busca tratar dos problemas de transformação social e deve ser aplicada de forma sistemática e com rigor no acompanhamento das ações pré-definidas, além de considerar os agentes que atuam por vezes em cooperação ou em conflito (MATUS, 1996, p. 22).



SUMÁRIO



O MAPP enquanto proposta de Planejamento Estratégico Situacional – PES implicaria então no enfrentamento de problemas em busca da construção da viabilidade para a sua resolução.

Diante do exposto a proposta deste artigo foi realizar um diagnóstico situacional com o auxílio do MAPP em uma unidade pública, no município de Bonfim; mais precisamente na Secretaria de Controle Interno da Prefeitura Municipal de Bonfim, criada pela Lei nº 222/2015, de 30 de abril de 2015, que apresenta em sua conformação funcionários de cargo efetivo desta prefeitura e secretário. A estrutura organizacional do departamento de controle interno da prefeitura municipal de Bonfim é composta por 1 (um) secretário de controle interno e 3 (três) assistentes administrativos.

O presente estudo justifica-se neste cenário pelas contribuições que pretende levar aos serviços públicos do município de Bonfim, a fim de que as ações nestes setores sejam planejadas e organizadas, considerando o contexto interno e externo à instituição, com vistas a alcançar a satisfação dos serviços, aspirando à melhoria da qualidade da assistência.

METODOLOGIA

O presente estudo utilizou-se da abordagem qualitativa quanto à abordagem do problema já que conforme Zanella (2007) essa pesquisa tem por base conhecimentos teórico-empíricos que permitem atribuição científica.

Quanto aos objetivos foi realizada uma pesquisa exploratório-descritiva, procurando conhecer a realidade estudada da secretaria, suas características e seus problemas; a investigação é exploratória no sentido da familiarização com o objeto que está sendo investigado

SUMÁRIO



durante a pesquisa. Gil (2002) diz que o principal objetivo da pesquisa descritiva é estudar as características de determinada população e a relação entre suas variáveis.

Quanto aos procedimentos adotados na coleta de dados, realizou-se uma pesquisa bibliográfica, “(...) desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” (GIL, 2002, p. 44), bem como um estudo de caso com observação direta que se caracteriza por grande profundidade e pouca amplitude, pois procura conhecer a realidade de um indivíduo ou grupo de pessoas. Conforme cita Correia (1999) a observação direta é realizada em contato direto, frequente e prolongado do investigador, com os atores sociais, nos seus contextos culturais, sendo o próprio investigador instrumento também de pesquisa.

A coleta de dados e o período de observação direta ocorreram entre junho a novembro de 2018, a partir dessas observações foram feitas anotações pertinentes ao assunto abordado e foi utilizada uma entrevista não estruturada que segundo Mattos (2005, p. 824) é “(...) aquela em que é deixado ao entrevistado decidir-se pela forma de construir a resposta”, semelhante a um bate papo, sem um roteiro pré-estabelecido. Conforme evidencia Cooper (2011) na pesquisa qualitativa a pessoa que estiver conduzindo a entrevista precisa ter um entendimento maior do problema e de como as ideias serão usadas.

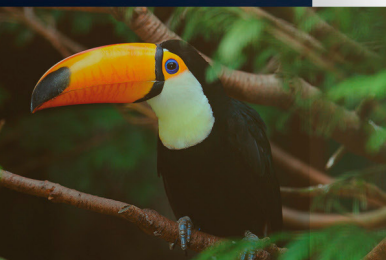
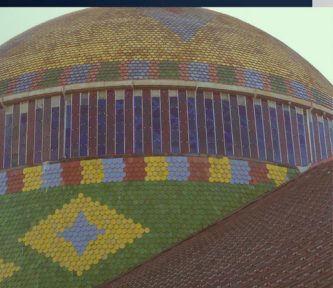
ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O planejamento estratégico sob a ótica de Carlos Matus

O Planejamento Estratégico Situacional – PES é uma metodologia de planejamento estratégico de governo, desenvolvido por Carlos Matus intitulada originalmente como Método

Altadir de Planificação Popular (MAPP). Este método foi fundamentado em sua experiência como Ministro do Planejamento no governo do Presidente Chileno Salvador Allende, no período de 1970 a 1973, e em seus estudos e críticas às metodologias de planejamento “tradicionais” (ADUM e COELHO, 2011). O método PES se coloca como uma contraproposta ao planejamento de tipo economicista (que opera sobre variáveis econômicas) ou baseado em indicadores numéricos, enfatiza a participação dos vários atores que explicam sua realidade, buscando atingir resultados relevantes apesar das incertezas sempre presentes (DAGNINO, 2009). Assim, o planejamento situacional é compreendido como uma forma de organização para a ação, e esta seria sua diferença fundamental em relação ao planejamento tradicional (AZEVEDO, 1992). Matus sintetiza o ambiente do gestor público por meio de três vértices de um triângulo.

SUMÁRIO



SUMÁRIO

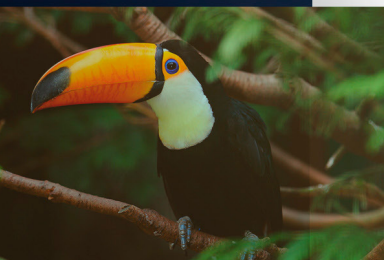
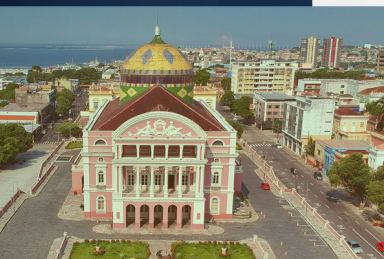


Figura 1 – Triângulo de governo



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

Importante destacar que os vértices do triângulo do governo devem estar inter-relacionados para que os conjuntos de ações governamentais estejam alinhadas para a implementação das políticas públicas. O primeiro vértice é o Projeto de Governo ou Plano que expressa a direção que pretende imprimir à administração. Através do projeto de governo são escolhidas as ações que contemplarão as diversas reformas políticas. O segundo vértice é a Capacidade de Governo, determinada pela competência técnica e recursos financeiros, ou seja, refere-se ao sistema de direção e planejamento das ações que serão executadas. O último vértice é a Governabilidade, que demonstra o potencial de articulação com os agentes envolvidos nos âmbitos interno e externo sob as variáveis controláveis e não controláveis. Nesta proposta, as três pontas do triângulo estão em permanente vinculação (DAGNINO, 2009).

SUMÁRIO

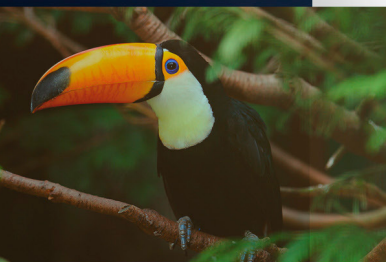
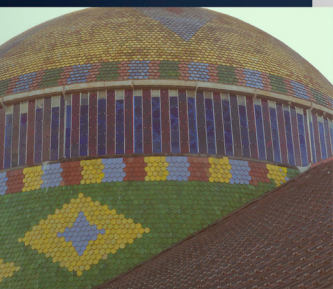
Os problemas da Secretaria de Controle Interno

O Controle Interno da Administração tem como função principal a proteção do patrimônio público. É função do Controle Interno orientar os gestores quanto à eficácia e eficiência do seu trabalho; quanto à credibilidade dos relatórios financeiros e também quanto à concordância com leis e regulamentos aplicáveis.

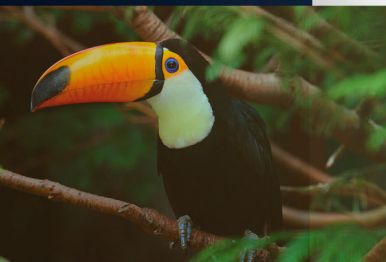
O controle interno é imprescindível à realização das atividades de uma administração pública, pois torna possível avaliar os resultados alcançados e também orientar, no sentido de obter melhores resultados na administração (SOUZA, 2008); no sentido da promoção da eficiência e eficácia organizacional.

Para Maximiano (1997, p. 18) “eficácia é a capacidade de realizar objetivos e eficiência é a capacidade de utilizar produtivamente os recursos”. É no processo de garantia da eficiência e eficácia na aplicação e execução dos recursos da máquina pública que surgem mecanismos e ferramentas internas ou órgão de controle interno, atendendo a exigência da legislação brasileira que obriga os municípios independente de tamanho a ter um órgão ou assessor de controle no sentido de auxiliá-lo a fazer uma gestão pautada na legalidade e nas bases da eficiência e eficácia.

O MAPP, baseado no método de planejamento estratégico situacional, pode possibilitar uma visão mais ampla dos problemas, assim como o desenvolvimento de ações estratégicas mais efetivas. Conforme FLASCO (s. d.) constitui-se como um elo de ligação entre a política e a gestão ao explicitar objetivos, recursos, competência e, em particular, os agentes e mecanismos de articulação entre eles e as propostas políticas.



SUMÁRIO



A Secretaria de Controle Interno, recém-criada, portanto, ainda em desenvolvimento, necessita de várias melhorias tanto em seu ambiente físico quanto profissional/pessoal. Para melhor compreensão e identificação dos problemas que a secretaria enfrenta, seguem fotos do ambiente de trabalho estudado.

Figura 2 – Sala da Secretaria de Controle Interno



Fonte: material próprio dos autores (2019).

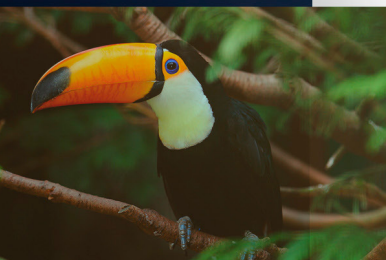
Na figura 2 é possível observar a falta de espaço adequado para organizar os processos, para permanência dos funcionários, bem como, da ausência de equipamentos tecnológicos em quantitativo necessário. Ainda, na Figura 3 se observa que a sala de arquivo não possui espaço suficiente para armazenamento, conservação e preservação dos documentos, dificultando a disponibilidade dos mesmos pela falta de organização e profissional que trabalhe exclusivamente no setor de arquivo para tratamento desses documentos.

Figura 3 – Arquivo da Secretaria de Controle Interno



Fonte: material próprio dos autores (2019).

SUMÁRIO



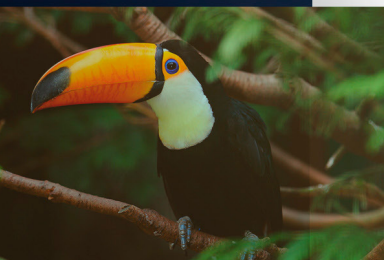
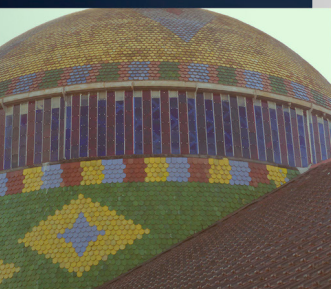
Nesse sentido, com a utilização do PES podemos identificar os seguintes problemas junto à Secretaria de Controle Interno conforme quadro 1.

Quadro 1 – Problemas apontados pelos atores através de observação direta

Problema	Porque do problema	Como resolvê-lo
Indisponibilidade de computadores para a informatização e descentralização de alguns programas.	Indisponibilidade de recursos orçamentários para aquisição de equipamentos permanentes. Ou aplicação inadequada de recursos para esse fim	Adquirir computadores em número adequado para suprir as necessidades dos serviços
Os documentos não são arquivados de forma adequada, não garantindo a segurança e sigilo das informações neles contidas.	Não dispõe de espaço físico adequado nem de tecnologia para arquivar documentos específicos, dificultando assim a segurança das informações.	Disponibilizar <i>software</i> para informatização dos dados e ou estabelecer novo espaço físico de acondicionamento.
A secretaria não atende as necessidades da demanda de forma eficaz.	Não dispõe de efetivo suficiente para execução do serviço de maneira eficiente.	Convocação de mais profissionais assistentes administrativos para descentralização de atividades, manutenção e funcionamento da secretaria.

Fonte: elaborado pelos autores (2019).

SUMÁRIO



Segundo Pereira (2012, p. 14) “para o PES um governo deve trabalhar com problemas, e não por setores como ocorre no planejamento tradicional.” Nesta etapa através da observação direta foi possível identificar os problemas que os colaboradores enfrentam na referida secretaria, bem como o apontamento dos porquês destes problemas e possíveis soluções para auxiliar o enfrentamento destes.

O auxílio do PES na secretaria de Controle Interno assume uma função relevante, para que os atores estabeleçam suas ações, cujo intuito é o de monitorar as suas atividades, no sentido de assegurar que os seus objetivos possam ser alcançados. Como também evidenciar indicadores de excelência na execução das políticas públicas. Um diagrama explicativo da situação pode ser traçado conforme esquema 1 abaixo:

Esquema 1 – Diagrama explicativo da situação pelo MAPP



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

Os problemas não estruturados constituem o objeto de ação do PES, com os apontamentos expostos no quadro 1, e com isso, é possível elaborar um diagrama que indica as causas que levam a secretaria de controle interno a prestação de serviço de baixa qualidade.

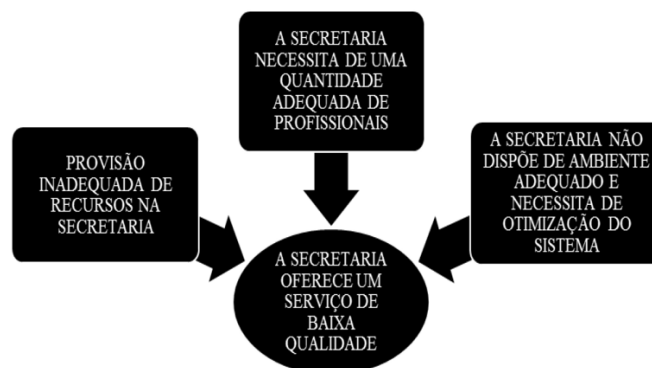
SUMÁRIO



Os nós críticos

De acordo com Matus (2007, p. 47) os nós críticos, são aquelas causas que têm um papel significativo na produção dos fatos que determinam o problema. Os descritores e indicadores dos nós críticos servirão como norteadores da avaliação dos resultados. Diante disso, foram identificados os nós críticos da secretaria, conforme figura esquema 2 abaixo.

Esquema 2 – Nós críticos



Fonte: elaborado pelos autores (2019).

Os nós críticos estão relacionados à provisão inadequada de recursos, quantidade insuficiente de profissionais, indisponibilidade de espaço físico adequado e sistema defasado, a resolução destes, possibilitará, portanto, a eliminação ou minimização dos principais entraves operacionais apresentados. Estes nós críticos levam ao problema de maior relevância, que é o serviço de baixa qualidade.

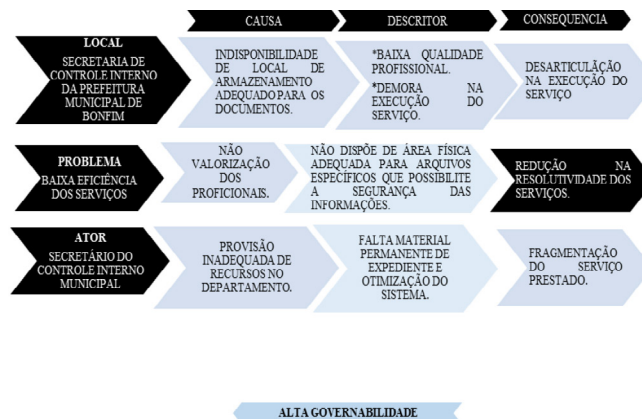
Após isso um fluxograma explicativo com as relações de determinação entre as causas e o problema tal como descrito foi organizado sob a forma de indicadores (descritores); as causas de maior poder de determinação; o grau de governabilidade sobre as causas,

SUMÁRIO



correspondendo aquelas situadas no espaço de governabilidade às causas controladas pelo ator do plano; as causas localizadas no espaço fronteira que se referem às causas diretamente relacionadas com o problema, controladas por outros atores, e as causas situadas no espaço fora do problema as quais se relacionam a causas que condicionam o problema mas não fazem parte dele diretamente, sendo causas também de outros problemas, conforme indicativos do esquema 3.

Esquema 3 – Causa, descritor e consequência



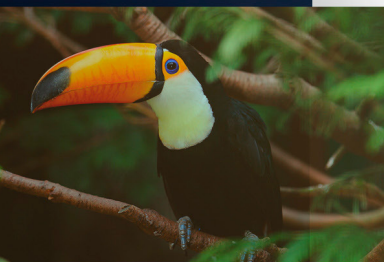
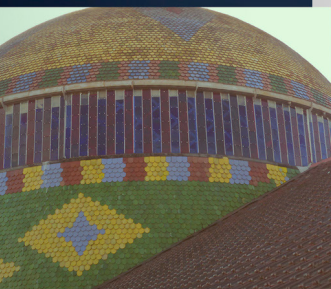
Fonte: elaborado pelos autores (2019).

No fluxograma explicativo é possível identificar o mapa de toda a situação-problema, evidenciando causa, descritor e consequência destes nós críticos, caracterizando os pontos a serem aprimorados.

Plano de ação (matriz operacional)

Para Matus (2007) o planejamento implicará na identificação e disponibilização dos meios necessários para a efetivação do plano. Neste momento é realizada a análise de viabilidade do plano nas suas

SUMÁRIO



várias dimensões: política, econômica, cognitiva, organizativa. No momento anterior já é feita uma pré-análise de viabilidade, mas agora, é necessária sua mensuração mais profunda através da simulação de cenários. Cabe lembrar a importância de uma análise de viabilidade bem estruturada já que existem situações em que o ator não controla todos os recursos necessários para a realização do plano.

Segue abaixo o planejamento das ações para as situações problemas evidenciados no local em estudo.

O primeiro nó trata da provisão inadequada de recursos financeiros. Os atores sociais julgam que não há provisão de recursos orçamentários para a aquisição de materiais permanentes e de consumo, bem como para a readequação dos serviços prestados pelo departamento em questão. A proposta de ação segue o que está contido no quadro 2.

Quadro 2 – Matriz Operacional – Ação 1

Ação	Resultados esperados	Recursos	Prazos	Responsáveis
Discutir e avaliar os recursos financeiros disponíveis para esse departamento	Reduzir a pulverização (desperdício) dos recursos financeiros.	Financeiro Gerencial Humano	Mensal	Gestor municipal, secretário de controle interno e servidores deste órgão público.

Fonte: elaborado pelos autores (2019).

O plano de ação é construído com foco nos nós-críticos identificados, tendo em vista que ao abordá-los, vamos diretamente na essência dos problemas, oferecendo assim, as soluções adequadas (MATUS, 2007). Um dos nós críticos apontados foi a provisão inadequada de recursos no departamento, a ação sugerida para solucionar esta questão é discutir e avaliar os recursos financeiros disponíveis para esse departamento, reduzindo assim os desperdícios, salientando que a insuficiência de recursos afeta diretamente a qualidade do serviço prestado, para tanto é crucial que esta ação seja realizada em conjunto, pois seu êxi-

SUMÁRIO



to depende da participação dos atores envolvidos, cada um tem papel fundamental, quanto ao gestor municipal analisar e estudar em conjunto ao setor financeiro e secretário de controle interno as proposta de ação sugeridas junto aos servidores deste órgão.

O segundo nó trata da não disponibilidade de espaço físico e tecnologias adequadas no departamento. Os profissionais não dispõem de espaço físico adequado nem de provisão adequada de recursos tecnológicos no departamento para arquivar e armazenar documentos específicos, comprometendo assim a segurança das informações. A proposta de ação segue o que está contido no quadro 3 abaixo.

Quadro 3 – Matriz Operacional – Ação 2

Ação	Resultados esperados	Recursos	Prazos	Responsáveis
Buscar alternativas cabíveis para a adequação do espaço físico e otimização da tecnologia e capacitação profissional	Melhorar a qualidade do serviço prestado e agilizar processos	Financeiro Gerencial Humano	Mensal	Gestor municipal, secretário de controle interno e servidores deste órgão público.

Fonte: elaborado pelos autores (2019).

Na secretaria de controle interno os acessos a documentos sigilosos são inevitáveis bem como a quantidade de volumes é muito grande, diante disso foi detectado que o departamento não dispõe de espaço físico nem de tecnologia adequadas para armazenamento e manuseio destes, a ação sugerida busca alternativas cabíveis para a adequação do espaço físico e da otimização da tecnologia e para tanto a capacitação destes profissionais será necessária. Esta ação visa melhorar a qualidade do serviço e agilizar os processos.

O terceiro nó trata da falta de quadro efetivo no departamento. Não há, portanto, efetivo suficiente para satisfazer as necessidades do departamento ao nível de volume de trabalho e as necessidades dos usuários. A proposta de ação segue o que está contido no quadro 4.

Quadro 4 – Matriz Operacional – Ação 3

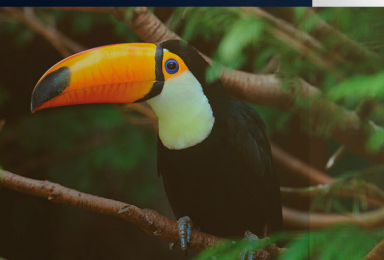
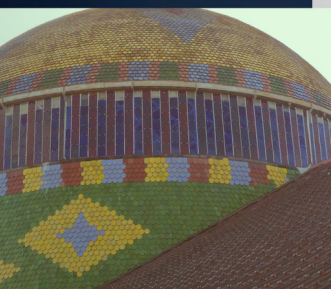
Ação	Resultados esperados	Recursos	Prazos	Responsáveis
Deliberar junto a gestão, a possibilidade de aumento de profissionais do quadro efetivo neste departamento.	Agilizar o processo na prestação de serviço, bem como reduzir a fila de espera para atendimento.	Financeiro Gerencial Humano	Mensal	Gestor municipal, secretário de controle interno e servidores deste órgão público.

Fonte: elaborado pelos autores (2019).

A atuação do controle interno é em sua essência praticada pelos atos dos servidores municipais, para um bom funcionamento desta secretaria. A segregação de funções é primordial, diante da situação atual deste departamento a quantidade inadequada de profissionais para atender e agilizar as necessidades desta, e isso tem contribuído para uma baixa qualidade no serviço prestado, diante disto foi sugerido uma ação que visa deliberar junto a gestão a possibilidade de aumento no quadro efetivo de profissionais desta secretaria, dessa forma agilizando o processo na prestação de serviço, bem como reduzir a fila de espera no atendimento.

Elaborado o plano de ação que, feita a análise de viabilidade, chega-se ao momento da ação, ou seja, da implementação do plano. Lembra-se que, na visão do MAPP – PES, planejamento e gestão são inseparáveis, o plano não é o desenho no papel, mas um compromisso de ação que visa resultados, impacto nos problemas selecionados, que se traduzem em novas situações mais favoráveis do que a situação inicial. Para acompanhar a realização do plano de maneira a produzir impactos reais, são necessárias formas adequadas de gerenciamento e monitoramento.

SUMÁRIO



SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A aplicação do MAPP (PES) possibilitou o Diagnóstico Situacional do Departamento de Controle Interno da Prefeitura Municipal de Bonfim, a partir de problematizações apresentadas pelos funcionários do departamento de controle interno, expressas durante entrevistas não estruturadas e observações.

A ferramenta permitiu uma visualização mais nítida dos problemas e das ações que poderiam ser articuladas em torno dos problemas centrais (nós críticos), visando assim, a mudança de um cenário, visto pelos atores sociais como pouco eficiente.

A provisão inadequada dos recursos financeiros, a indisponibilidade de espaço físico adequado aos profissionais e a ausência de otimização das tecnologias e materiais permanentes, para serviços administrativos de rotina bem como escassez de servidores se constituíram nos principais problemas com necessidade de intervenção.

A partir destes apontamentos se propôs com o Método Altadir de Planificação Popular, também conhecido como Planejamento Estratégico Situacional a discussão e avaliação dos investimentos financeiros destinados ao departamento, alternativas cabíveis para adequação do espaço físico e das tecnologias e aumento de servidores do quadro efetivo no departamento.

A utilização dos conteúdos analítico-conceituais e operacionais do PES se mostrou como um importante instrumento, direcionado ao enfrentamento estratégico dos nós críticos. No entanto, ressalta-se que o processo de planejamento, como o proposto neste estudo, não é estático, portanto, se faz necessário avaliar constantemente o andamento e rever as ações previstas.

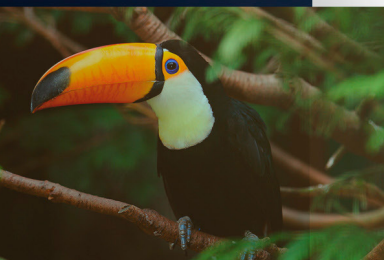
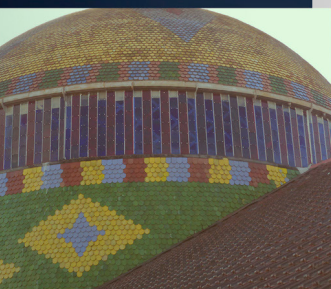
SUMÁRIO

Este estudo não abrange outros departamentos da Prefeitura Municipal de Bonfim, dessa forma fica proposta para a aplicação deste tão importante método nos demais setores da organização pública visando assim a otimização de utilização de recursos e serviços públicos municipais.

Por fim, reafirmamos que o maior ou menor sucesso do plano depende, além de variáveis não controláveis do cenário, da definição clara de responsabilidades, de mecanismos e dispositivos de monitoramento e controle, da competência comunicativa e da flexibilidade frente às mudanças; questões muitas vezes controversas e de difícil alcance no setor público.

REFERÊNCIAS

- ADUM, J. J.; COELHO, G. L. **O Planejamento Estratégico Situacional - PES**, na Gestão Pública: O Caso da Prefeitura da Cidade de Juiz de Fora. Revista eletrônica de economia, n. 9. disponível em: http://www.viannajr.edu.br/revista/eco/doc/artigo_90001.pdf. Acesso em 12 de setembro de 2018.
- AZEVEDO C. S. **Planejamento e gerência no enfoque estratégico-situacional de Carlos Matus**. Caderno de Saúde Pública, v.8, n.2 p:129-133, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretoria de Investimentos e Projetos Estratégicos. **Critérios para análise de investimentos em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- CORREIA, M. C. A Observação Participante enquanto técnica de investigação. **Pensar Enfermagem**, 13(2), 30-36, 1999.
- CRUZ, F.; GLOCK, J. O. **Controle interno nos municípios – orientação para implantação e relacionamento com os tribunais de contas**. São Paulo: Atlas, 2003.
- DAGNINO, R. P. **Planejamento estratégico governamental**. Departamento de Ciências da Administração. Florianópolis: CAPES: UAB, 2009.



SUMÁRIO



FLASCO (s. d.). **Planejamento estratégico Situacional**. Caderno de Formação 7 FORGEP- Projeto de formação de Gestores Públicos. Disponível em: <http://flasco.org.br/files/2017/05/caderno-7-planejamento-est%c3%A9gico-forgep.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa** – 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATTOS, P. L. C. L. A Entrevista não estruturada como forma de conversação. **Artigo RAP**, Rio de Janeiro 39(4):823-47, Jul./Ago. 2005. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/228747728_A_entrevista_nao-estruturada_como_forma_de_conversacao_razoes_e_sugestoes_para_sua_analise> Acesso em 13 de fevereiro de 2019.

MATUS, C. **Adeus, senhor presidente: governantes governados**. São Paulo: Editora FUNDAP, 1996.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Editora IPEA, 1993.

MATUS, C. **MAPP- Método Altadir de Planificación Popular** -1ª ed. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2007.

PEREIRA, T. S. T. **Conteúdo e metodologia dos planos municipais de saneamento básico: um olhar para 18 casos no Brasil**. Monografia para conclusão de curso de Especialização em Gestão e Tecnologia do Saneamento – Fiocruz / ENSP, Brasília, 2012.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de pesquisa**, Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC, 2007.

30

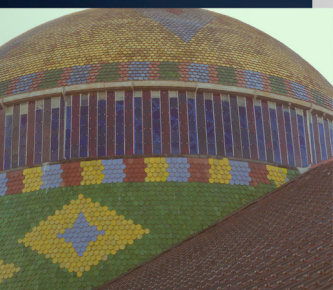
Nínive Cardoso Coêlho

Juliano Milton Kruger

ANÁLISE DA APLICAÇÃO DA MODERNA GESTÃO DE PESSOAS NA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO AMAZONAS (PMAM)

DOI: 10.31560/pimentacultural/2023.96139.30

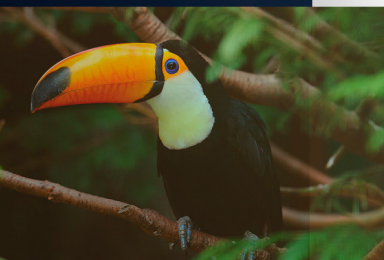
SUMÁRIO

**Resumo:**

A Gestão de Pessoas apresenta tamanha importância tanto nas organizações privadas quanto nas públicas. Embora as mudanças no setor público, nas últimas décadas, tenham tido um impacto significativo sobre os funcionários das organizações públicas e sobre as condições sob as quais trabalham, tem havido pouca atenção para com o emprego desses e, mais especialmente no que tange o setor público. Esse artigo visa analisar o Planejamento Estratégico do setor de Recursos Humanos na Polícia Militar do Estado do Amazonas na seara operacional desta organização militar, perpassando na seara administrativa concernente ao setor da DPA (Diretoria de Pessoal Ativo) usando métodos que envolvem agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas no intuito de avaliar o nível de aplicação deles. Utilizando-se de uma abordagem descritivo-explicativa quanto aos objetivos, bibliográfica, documental e levantamentos através de observação direta no CECOPOM (Centro de Comunicações Operacionais da Polícia Militar) foi possível visualizar que a referida repartição pública não se encontra com um planejamento alinhado com a moderna Gestão de Pessoas em detrimento a celeridade que espera o atendimento das ocorrências – existem gargalos que necessitam ser sanados para que o setor atinja sua eficiência, principalmente por se tratar de casos concretos que se pede atenção criminal, a fim de servir e proteger a sociedade com o cumprimento da disciplina e hierarquia que rege tal instituição, em busca de atingir a paz social.

Palavras-chave: Gestão; Pessoas; Polícia; Ocorrências; Recursos humanos.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

O presente artigo tem como proposta a análise do Planejamento Estratégico do Centro de Comunicações Operacionais da Polícia Militar do Estado do Amazonas, perpassando pelo setor de Recursos Humanos, com a distribuição de policiais quer sejam eles operacionais na atividade fim da instituição, quer sejam nas atividades secundárias ou administrativas desta.

O setor de departamento de pessoal existe em qualquer organização e, em linhas gerais, é responsável pela contratação, gerenciamento, monitoramento e a demissão de funcionários.

Acontece que as atribuições do RH (Recursos Humanos) ou DPA (Diretoria de Pessoal da Ativa) como sigla da instituição em tela, ou como é dito de forma mais atual, da Gestão de Pessoas (GP), vão muito além de simplesmente contratar, acompanhar, premiar ou demitir funcionários; é desse setor a responsabilidade por criar estratégias que façam com que os funcionários possam se desenvolver dentro da carreira e da empresa, fazendo com que a instituição cresça e seja produtiva.

Em vez de unidades específicas de treinamento – como departamentos ou centros de treinamento – as organizações estão pensando agora em uma dimensão maior. Trata-se do conceito de universidades corporativas (UC) para cuidar da educação corporativa e da gestão do conhecimento corporativo de modo integral e sistêmico, visando a valorização do capital intelectual das organizações.

A UC não é propriamente um local físico, mas um conceito que envolve toda a organização. A UC deve ser um centro gerador de resultados para a empresa. Colateralmente, as pessoas precisarão desenvolver certas competências pessoais para atuar em novos ambientes de negócios, principalmente no que tange a esfera de lidar com

SUMÁRIO



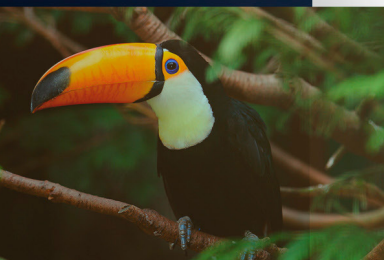
pessoas que se encontram em situação de extrema necessidade da presença policial.

Um planejamento adequado necessita de objetivos claros; assim poderão ser montadas estratégias que visem ao objetivo pretendido; tal conceito fica demonstrado nas palavras de Silva (2013) ao detalhar que por este motivo o planejamento existe nas organizações para que se possa determinar o objetivo a atingir, compartilhá-lo com os funcionários, fazendo com que acreditem nele e se estabeleçam caminhos para sua consecução.

Apesar de ser mais desenvolvido no meio privado, o setor de pessoal já é visto com mais importância no âmbito público; mas é notório que tal visão mais “profissional” está limitada aos órgãos públicos de maior porte, como nas capitais e grandes centros, já que os pequenos municípios interioranos ainda não se adaptaram à nova realidade, ou o fazem em ritmo muito lento, já que a Diretoria de Pessoal do Interior (DPI) no caso da instituição em tela emana as ordens diretamente da capital, mesmo que haja um comandante respondendo pela segurança do município este age de acordo com as ordens superiores oriundas da capital.

O estudo de Planejamento Estratégico de Pessoal da Ativa da Polícia Militar é importante por conta de um movimento crescente que o mundo moderno apresenta e exige resposta rápida e eficaz às demandas. Para lidar com tais exigências, é necessário um entendimento mais técnico do assunto, já que a visão tradicional dessa área onde pessoas são vistas como meros recursos produtivos já não se mostra eficaz. Para tanto, cabe aqui analisar o pronto emprego de policiais militares com celeridade e eficácia que a população requer e a situação demandada.

SUMÁRIO



REVISÃO TEÓRICA

O termo “gestão pública” é entendido, de maneira imediata, como sendo o trabalho de algum gestor que lida com a esfera pública. Pode-se dizer que a Gestão de Segurança Pública contempla serviços relacionados à proteção de bens ou de pessoas, ela é uma área essencial para que a sociedade possa conviver bem.

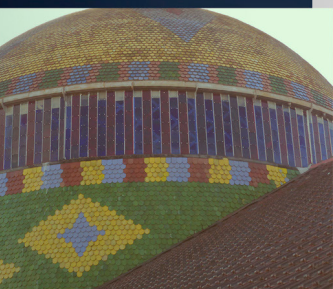
A Segurança Pública tem o objetivo de realizar a proteção de espaços públicos, um direito fundamental de todos; bem como envolve a administração de conflitos, o estabelecimento de regras para garantir a segurança das pessoas, a repressão à violência e o combate ao crime, e é nesta seara que se situa a tarefa do policial militar, no que compete a ostensividade como atividade primordial.

Essa área de atuação tem diversas situações desafiadoras pela qual o profissional vai ter que passar durante a sua rotina e desenvolvimento profissional, por exemplo: corrupção, criminalidade, violência e desigualdade social.

O entendimento de que tudo que está ligado ao Estado seja público e que todo o resto seja privado, parece óbvio quando se olha de forma superficial, porém ao se aprofundar no assunto, essa limitação fica menos óbvia e a linha é muito tênue. De acordo com Coelho (2014) a definição da esfera pública é uma construção, ao mesmo tempo, intelectual e coletiva. Isso quer dizer que na substância ou na materialidade das coisas não há nada que nos permita situar, inequivocamente, um bem ou um serviço nela. A construção da esfera pública é, na verdade, resultado de uma convenção social específica.

Diante disso, podemos concluir que aquilo que se entende por “público” será o que a sociedade entender dessa forma, ou seja, tudo depende do momento histórico e dos valores convencionados pela sociedade da época.

SUMÁRIO



Assim, em linhas gerais, a gestão pública pode ser entendida como a função de planejar, organizar, controlar, comandar, coordenar recursos humanos e não humanos públicos na consecução das atividades do Estado e no atingimento das necessidades da população (HOUAISS e VILLAR, 2011; BERNARDI, 2012; DI PIETRO, 2002).

METODOLOGIA

O método de abordagem utilizado para este estudo, quanto aos objetivos, pode ser classificado como descritivo-explicativo. Descritiva pelo fato desse tipo de abordagem possuir como objetivo primeiro o de descrever as características de determinada população ou fenômeno (GIL, 2002), além disso, possui segundo Jung (2003, p. 125), a finalidade de “observar, registrar e analisar os fenômenos sem, entretanto, entrar no mérito do seu conteúdo”. Concernente à característica explicativa, se dá pelo fato de possuir a característica observacional, em se tratando das ciências sociais bem como observa o comportamento humano face aos casos concretos advindos de situações que urgem atenção no âmbito da segurança pública, além do que, segundo Gil (2002, p. 42-43) “uma pesquisa explicativa pode ser a continuação de outra descritiva, posto que a identificação dos fatores que determinam um fenômeno exige que este esteja suficientemente descrito e detalhado”.

Com relação aos procedimentos técnicos de coleta, a presente investigação pode ser classificada como bibliográfica e documental. Bibliográfica pelo fato de ser desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos acerca do tema (GIL, 2002). A característica documental possui semelhanças com a bibliográfica, no caso da pesquisa documental, os documentos utilizados não possuem análise prévia mais elaborada e não se encontram sumarizados e sintetizados. No caso em tela existe o

SUMÁRIO



Manual de Procedimentos Administrativos da Divisão Pessoal da Ativa – DPA. Além disso, segundo Gil (2002, p. 46) “nesta categoria estão os documentos conservados em arquivos de órgãos públicos e instituições privadas [...]”, que é o caso das leis e manuais que constituem estoque de documentos para este artigo.

Ainda, a investigação pode ser identificada no método de coleta de dados com observação direta e participante, na qual o pesquisador está inserido no contexto pesquisado. A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2022 tanto no âmbito administrativo como na própria DPA e na parte operacional no setor do Centro de Comunicações Operacionais da Polícia Militar (CECOPOM).

Esta investigação pode ainda ser classificada como um estudo de caso, que, segundo Jung (2003, p. 132) “[...] envolve o estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento”. Além disso, é a modalidade mais indicada em investigações em que seja necessário descrever o contexto pesquisado. Por se tratar de um estudo de caso, a análise de dados quanto à abordagem do problema tende a ser qualitativa.

Nas palavras de Gil (2002, p. 133), a pesquisa qualitativa “[...] depende de muitos fatores, tais como a natureza dos dados coletados, a extensão da amostra, os instrumentos de pesquisa e os pressupostos teóricos que nortearam a investigação”.

O local da pesquisa foi o Setor de Recursos Humanos (RH) da Polícia Militar do Estado do Amazonas que traz uma nomenclatura bem peculiar como supramencionado, trata-se da Diretoria de Pessoal da Ativa, setor este que para melhor compreensão e análise fora dividido em nove partes constituídas por Denominação, Objetivo, Rotinas Administrativas e Serviços aos Policiais Militares, assim representadas: DPA/1, DPA/2, DPA/3, DPA/4, DPA/5, DPA/6, DPA/7, DPA/PAGADORIA, DPA/PENSÃO, de acordo com o Manual de Procedimentos Administrativos da Polícia Militar do Amazonas (2020).

SUMÁRIO



A DPA-1 – Movimentação é a seção de Recrutamento e Seleção, Inclusão, Classificação e Movimentação de Pessoal Militar e Civil e tem por objetivo manter o controle geral do efetivo da Polícia Militar do Amazonas.

O exemplo, como rotinas administrativas tende: a) Elaborar o Mapa Geral do Efetivo da Polícia Militar do Amazonas (PMAM), administrar o Efetivo da PMAM, no Sistema ComandoWeb, no que tange à movimentação; b) Controlar o efetivo de Policiais Militares pertencentes às unidades operacionais e administrativas da capital e do interior do Estado do Amazonas, por meio do Sistema ComandoWeb, bem como, a confecção de Mapas do Efetivo e Gratificação de Serviço Extra (GTE); c) Fiscalizar as atualizações periódicas do Sistema ComandoWeb dos dados referente à lotação, bem como, as homologações das sinalizações de movimentações e mudança de status, a serem efetuadas pelas Unidades Operacionais e Administrativas Policiais Militares Diretoria de Pessoal 1 – (P-1); d) Elaborar o mapa do efetivo geral da PMAM (numérico, existente, pronto e diversos destinos), enviado duas vezes ao mês, nos dias 05 e 20, para os Gabinetes do Comandante Geral, Subcomandante Geral, Chefe do Estado Maior e do Diretor da DPA; e) Elaborar o mapa trimestral de efetivo (Oficiais e Praças) da PMAM com envio trimestral ao Ministério da Defesa – Exército Brasileiro/COTER – Comando de Operações Terrestres, através de e-mail, fins de atualização do banco de dados previsto no calendário de atividades das Corporações junto à IGPM – Inspeção Geral das Polícias Militares; f) Elaborar os mapas de efetivo (pronto) por unidade da capital de forma mensal para apoio na confecção do Mapa de Distribuição de vagas de serviços extraordinários.

A DPA-2 - Seção de identificação tem por objetivo regular o funcionamento do serviço de identificação da Polícia Militar do Amazonas. Padroniza os procedimentos de identificação pessoal e fornecimento de informações a respeito de identificação quando solicitado por autoridades militares e civis.

SUMÁRIO



No que tange a DPA-3 – a Seção de cadastro tem por objetivo executar, controlar e fiscalizar as atividades relativas à toda e qualquer informação publicada em Boletim Geral Ostensivo, Boletim Geral Administrativo, Boletim Reservado, Boletim Especial e Boletim Interno, fazendo constar nos assentamentos funcionais dos policiais militares que se encontram em situação de atividade, tanto no Sistema de Controle de Pessoal da Polícia Militar (CPPM) e Sistema ComandoWeb.

Tratando-se do setor DPA-4 – a Seção de promoção e medalhística tem por objetivo regular os processos de promoção de Oficiais e Praças da Polícia Militar do Estado do Amazonas, bem como os processos de concessão de Medalhas Tiradentes, Cândido Mariano, Mérito Policial Militar, Ação Policial, Cruz de Bravura, Mérito Ajuricaba, Medalha Tempo de Serviço, Distintivos de Comando e Diplomas de Honra ao Mérito e Amigo da Polícia.

O setor da DPA-5 – Seção de pessoal à disposição e agregados tem por objetivo controlar as atividades relacionadas aos policiais militares da ativa que se encontram à disposição de outros órgãos e demais autoridades que não integram a estrutura organizacional da PMAM.

No setor da DPA-6 - Seção de expediente o objetivo é executar, controlar e fiscalizar todas as atividades administrativas internas e de protocolo da Diretoria de Pessoal da Ativa.

A DPA-7 - Seção de mobilização objetiva controlar as atividades relacionadas à mobilização bem como a Licença Especial e Licença para Tratamento de Interesse Particular. A seção de mobilização tem atribuições de averbação de tempo de serviço mediante certidão de tempo contribuição do INSS ou Forças Armadas; Confecção de Certificado de 2ª categoria (quando licenciado); Confecção de Certificado de Isenção (quando excluído); Licença Especial (Portaria de concessão, interrupção); Licença para tratar de interesse particular; Portaria de exclusão por falecimento; Mudança de Nome de Guerra; certidão de Licença Especial.

SUMÁRIO



A seção DPA - Pagadoria tem por objetivo executar, controlar e fiscalizar as atividades concernentes à folha de pagamento de pessoal do serviço ativo. Compete à DPA/PAG, a inclusão, alteração e exclusão de ganhos em folha de pagamento mensal observando-se a publicidade em Diário Oficial do Estado (DOE) e em Boletim Geral Ostensivo (BGO), referente aos direitos de percepção salarial dos policiais militares ativos da PMAM e confeccionados processos de pagamento obedecendo à legislação vigente. Em caráter geral, a DPA trabalha com requerimentos e portarias e seus processos são analisados individualmente, devendo todos ser submetidos a parecer da Assessoria Jurídico-Administrativa Institucional (AJAI), autorização do diretor da DPA e do Oficial Ordenador de Despesas para ser encaminhada a Secretaria de Administração do Estado do Amazonas (SEAD) por meio de Sistema próprio denominado Prodam RH que está vinculado ao Sistema CFPP (Cadastro e Folha de Pagamento de Pessoal). Em atendimento ao protocolo da DPA, os requerimentos devem constar no protocolo do Sistema de Protocolo Eletrônico (SPROWEB) e através deste são procedidas às respostas às solicitações, possibilitando o acompanhamento do processo pelo interessado.

Por fim, a seção DPA/Pensão tem por objetivo executar, controlar e fiscalizar as atividades concernentes aos descontos a título de Pensão Alimentícia na folha de pagamento de pessoal do serviço ativo.

O tratamento dos dados deu-se por análise de conteúdo (BARDIN, 2011) das bibliografias, documentos e dos relatórios de observação.

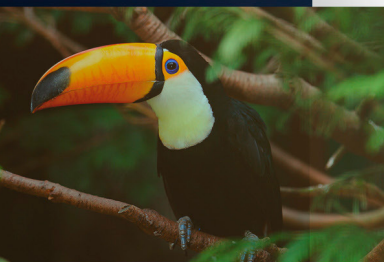
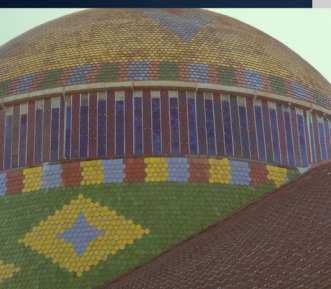
SUMÁRIO

ANÁLISE E DISCUSSÃO
DOS RESULTADOS**Setor de recursos humanos na gestão pública**

O setor de Recursos Humanos (RH), Gestão de Pessoas (GP), Capital Humano (CH) ou Capital Intelectual (CI), como se queira chamar, ocupa espaço fundamental na Gestão Pública. Como se observou acima a Diretoria de Pessoal da Ativa tem suas peculiaridades bem definidas e para entender o motivo dessa importância, é interessante observar as palavras de Chiavenato (2014, p. 8) em que este setor define “o modo como a organização opera suas atividades de recrutamento, seleção, treinamento, remuneração, benefícios, comunicação, higiene e segurança do trabalho”.

Com o passar dos anos, esse setor foi ganhando cada vez mais importância, até o ponto em que foi elevado ao primeiro escalão na hierarquia, como fica demonstrado nas palavras de Silva (2013) onde afirma que as empresas e organizações no geral passaram a considerar seus colaboradores como um valioso capital intelectual, sendo estes detentores de capacidades, habilidades e conhecimentos de grande relevância para a organização; o qual se deve zelar, fazer uma boa gestão para que seja mantido e recompensado adequadamente. Ao atingir esse patamar, o RH passa a ser reconhecido como sendo parte fundamental das engrenagens também dos órgãos públicos, e dessa forma, começa a fazer parte das suas estratégias.

Tal status foi se elevando por conta das novas concepções e práticas gerenciais, como podemos ver nas palavras de Chiavenato (2014) salientando que para mobilizar e utilizar plenamente as pessoas nas atividades, as organizações estão mudando suas práticas. Ao invés de investirem nos produtos e serviços ou mesmo nos clientes,



SUMÁRIO



estão investindo nas pessoas que entendem desses produtos, serviços e clientes e sabem como criá-los, desenvolvê-los, produzi-los, melhorá-los e melhor atendê-los.

Assim, as pessoas passam a constituir elemento central do sucesso enquanto capital intelectual e talento à disposição das organizações. Diante desse cenário de valorização, o antigo RH, mero executor de pagamentos, ganhou destaque e assim sendo, aumenta-se a necessidade de um planejamento mais elaborado para o setor e de pensar as pessoas enquanto capital estratégico.

O setor de RH na polícia militar do estado do Amazonas

As rotinas administrativas desempenhadas pela Diretoria de Pessoal da Ativa da PMAM (DPA) ou RH, bem como a padronização dos diversos processos existentes em suas subseções apresentadas anteriormente e arazoadas suas funções aperfeiçoam o tempo utilizado pelo policial militar nos processos de solicitações de documentações e conduzem a Instituição a um patamar elevado de desempenho organizacional.

A Diretoria de Pessoal da Ativa tem sob sua responsabilidade a gestão dos recursos humanos da Instituição no que tange à atividade meio e é composta por nove subseções conforme apresentado na estrutura desta investigação.

Traz, assim, em seu escopo as rotinas administrativas, bem como, os serviços prestados ao policial militar, requisitos e condições de concessão das diversas solicitações como licenças, férias, inclusão de dependentes, dentre outros.

SUMÁRIO



A importância do referido setor reside na necessidade do policial militar estabelecer a comunicação entre as diversas unidades da Polícia Militar e a DPA, de forma a dirimir os erros de endereçamento de solicitações, otimizando assim, o trabalho do policial militar.

Em termos de legislação, pode-se consultar as diversas leis, decretos, portarias e resoluções que norteiam as atividades de cada seção da DPA diretamente no site da PMAM. Facilitando desta forma não somente a consulta à legislação atinente a uma determinada matéria, mas também o embasamento de documentos e a expansão do conhecimento com vistas ao aprimoramento do policial militar.

Planejamento estratégico de gestão de pessoas na PMAM

O Planejamento Estratégico do setor de Recursos Humanos da Polícia Militar do Estado do Amazonas utiliza-se de métodos que envolvem agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas.

Utilizando-se de uma abordagem descritivo-explicativa quanto aos objetivos, bibliografia, documentos e levantamentos através de observação direta no CECOPOM é possível visualizar que a referida repartição pública não se encontra com um planejamento alinhado com a moderna Gestão de Pessoas já que existem gargalos que necessitam ser sanados para que o setor atinja sua eficiência, principalmente por se tratar de casos concretos que se pede atenção criminal, a fim de servir e proteger a sociedade com o cumprimento da disciplina e hierarquia que rege tal instituição, em busca de atingir a paz social.

O CECOPOM é um centro de emergência com 24 horas ininterruptas de efetivo serviço integrado com o 190 que atende os chamados feitos pela população. Com o passar dos anos, o setor vem sofrendo

SUMÁRIO



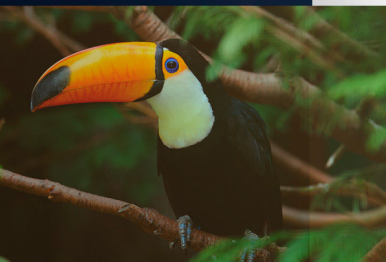
mudanças cada vez mais significativas quanto à importância e a própria forma de se ver o RH, tanto que o termo usado para se referir ao setor, em muitos casos, já sofre alterações, sendo esse fato consequência das novas formas em que as pessoas são vistas, aqui vale a pena ressaltar tais distinções no que tange a polícia militar, apresentando tais nomenclaturas para a seara estratégica de seu RH como a Diretoria de Pessoal da Ativa e na seara operacional o Centro de Comunicação Operacional da Polícia Militar assim sendo, é importante estar alinhado com as modernas concepções de gestão e sua visão em relação ao setor de RH.

Faz-se necessário esclarecer que o uso do termo Gestão de Pessoas (GP) é a evolução da visão tradicional do termo Recursos Humanos (RH). De acordo com Chiavenato (2014), a GP é uma área muito sensível à mentalidade e à cultura corporativa. É contingencial e situacional, já que depende de aspectos como a organização, a cultura, as características, o ambiente, mercado de atuação, o negócio, a tecnologia, os processos internos, o estilo de gestão, entre outras mais variáveis.

Ainda salienta o autor que dentro do contexto de Gestão de Pessoas, as pessoas e a organização possuem uma relação de dependência mútua, e o sucesso de um depende do outro, identificando ainda que a GP tem como meta ajudar administradores a atingir seus objetivos de planejar, organizar, dirigir e controlar, pelo fato do administrador não poder fazer o trabalho sozinho e sim com a ajuda das pessoas que formam a sua equipe.

Abrindo esse parêntese para o termo equipe na área de segurança é importante observar que se a equipe não compreender o seu trabalho não consegue praticar o policiamento necessário à sociedade, pois este deve repassar a sensação de segurança esperada, caso contrário poderá ao invés de dirimir a problemática gerar outros tantos fatores negativos; tanto para o Estado o qual está sendo representado, quanto situações-problema de cunho pessoal ao agente de segurança, daí a necessidade em saber agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas.

SUMÁRIO



Na polícia militar o que ocorre são situações em que se monta um policiamento engessado, com missões específicas que na maioria das vezes são priorizadas face às necessidades que surgem das comunicações feitas pela própria sociedade; quer seja pelo telefone 190, quer seja por transeuntes em momentos de patrulhamento. Muitas vezes as ordens não se traduzem em um conhecimento da prática.

Lima e Federici (2015) afirmam que assim como no setor privado, a Administração Pública tem buscado cada vez mais técnicas modernas de gestão que aumentem a eficiência e a efetividade da máquina pública. Um planejamento estratégico eficiente para as organizações é evidentemente necessário, porém, essa visão não deve ser aplicada apenas no âmbito geral, deve atingir todos os setores importantes dentro da organização, e um setor se mostra fundamental, que é o de Recursos Humanos.

Essa concepção é reforçada nas palavras de Chiavenato (2014) quando afirma que a estratégia define o comportamento da organização em um mundo em constante mudança. Ou seja, a estratégia de um policiamento bem-sucedido deve ser entendível por aqueles que cumprem as ordens emanadas, e não simplesmente a execução pela execução. Os porquês advindos são importantes para que as missões sejam bem sucedidas e principalmente sanadas as dúvidas quanto aos processos. Não cabe só treinar e enviar para a execução; deve-se ater aos detalhes das missões a serem executadas do como? Quando? onde? por quê? para quê? para quem? Questões que sempre devem estar presentes no planejamento do policiamento.

O CECOPOM traz uma lucidez ao policiamento, pois, assim como surgem às missões/ocorrências, há possibilidade em comunicar-se com o chefe do policiamento do dia, qual seja a pessoa responsável pelas ordens a serem emanadas e situações de fator surpresa.

SUMÁRIO



Não se quer inferir que o policial militar não saiba o que fazer, mas, importante destacar que este está sob a égide da hierarquia e disciplina em seu *mister*; assim, não se pode fazer nada diferente do que lhe fora repassado em preleção do serviço. Eis o gargalo no policiamento.

Há situações nas quais o tempo é fator primordial, e a discricionariedade administrativa entra em ação, pois não se tem como solicitar orientações nas situações de fator surpresa, tais como, flagrante delito ocorrendo no momento, troca de tiro, se deparar com ocorrência de grande vulto.

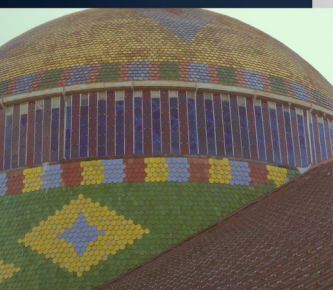
Chiavenato (2014) complementa que o único integrante racional e inteligente da estratégia organizacional é o elemento humano, o qual se qualifica como a cabeça e o sistema nervoso da organização; o cérebro do negócio. O mesmo autor ainda divide o Planejamento Estratégico de Gestão de Pessoas em seis processos básicos, sendo estes o processo de agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas.

Costa e Kruger (2021) realizaram um estudo acerca dos mesmos processos no âmbito da Gestão Pública em contexto de uma prefeitura municipal concluindo que a referida repartição pública não se encontrava com um planejamento alinhado com a moderna Gestão de Pessoas e que existiam problemas ou lacunas que necessitam ser sanados para que o setor pudesse se modernizar.

No contexto da Polícia Militar do Estado do Amazonas cada processo foi avaliado nas palavras de Chiavenato (2014) com base nas informações conseguidas com documentos seguindo o Manual de Procedimentos administrativos da Polícia Militar (2020) e pela observação do contexto organizacional.

O processo de Agregar Pessoas, segundo Chiavenato (2014) constitui as rotas de ingresso das pessoas na organização, são essas

SUMÁRIO



rotas que abrem as portas das empresas, mediante processos de seleção que estejam de acordo com as diretrizes das organizações; é importante frisar que essa seleção não ocorre em um único sentido, não são somente as organizações que fazem seleções, as pessoas também fazem escolhas de locais onde pretendem trabalhar de acordo com seus próprios interesses. No contexto da instituição da Polícia Militar, tais rotas se dão através do concurso público para provimento de determinado número de vagas, em detrimento à vontade daquele que pretende fazer parte do corpo militar da instituição. Ainda nas palavras de Chiavenato se trata dos processos de provisão ou de suprimento de pessoas. Incluem recrutamento e seleção de pessoas. Na PMAM o recrutamento se faz através de concurso público como já fora mencionado, o que não podia ser diferente, pois obedece a um princípio constitucional.

Tal passo é composto pelo processo de recrutamento, que segundo Chiavenato (2014) é o momento em que a organização divulga a oportunidade de emprego para pessoas com características específicas. No caso em tela ocorre com a divulgação de edital, apresentando suas peculiaridades para ascensão à carreira policial militar.

Em seguida tem-se o processo de seleção de pessoas sendo o momento em que são escolhidos os candidatos considerados ideais para os objetivos da organização. Ou seja, o cumprimento dos requisitos dispostos em edital, tais como prova objetiva e discursiva, exames médicos, teste de aptidão física, entrega de documentos, análise da vida pregressa, e agora e não menos importante o exame toxicológico.

Nada obsta que a outra forma de fazer parte do quadro de servidores seja através de nomeação para cargo comissionado, e sendo este cargo de confiança é também de livre nomeação e exoneração.

Para aplicar o policial recém-concursado inclui-se “desenho organizacional e desenho de cargos, análise e descrição de cargos, orientação das pessoas e avaliação do desempenho” (CHIAVENATO, 2014).

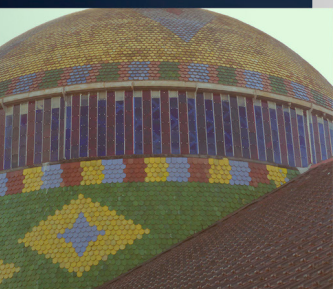
SUMÁRIO



Na polícia militar do Amazonas há todo um planejamento e este é visualizado na hora do pronto emprego principalmente, ocorre que cada situação se espera um movimento que muitas vezes só o comandante da operação está ciente e cada policial além de ir ciente de sua missão, deveria saber os motivos de estar ali, e como agir com precisão em cada situação; há de se entender que existem missões que pedem o sigilo, mas no âmbito operacional o fator surpresa da missão não é o melhor cenário de se aplicar o policial, pois este para trabalhar com êxito quanto mais conhecimento acerca do fato e da missão proposta lhe assegura o sucesso em suas ações, portanto por mais que haja o organograma institucional quando da operacionalidade deve ser flexibilizado de modo a não engessar as ações dos policiais frente a casos concretos do âmbito criminal, daí a participação também do policial quadro de praças quando houver planejamento estratégico e tático visando garantir maior conhecimento estrutural da organização a fim de se sentir parte crucial desta, com a devida confiança que rege qualquer relação de que se expõe a vida como fator de risco, portanto esta deve ser mútua.

O processo de recompensar pessoas é um dos mais importantes, por se tratar de retribuir e incentivar o funcionário com um reforço positivo, premiar o bom desempenho e o manter motivado, sendo esse um aspecto dos mais influentes no âmbito da Gestão de Pessoas. Chiavenato (2014, p. 237) afirma que “a recompensa é o elemento fundamental na condução das pessoas em termos de retribuição, retroação ou reconhecimento do seu desempenho na organização”. Dentro do “recompensar pessoas”, tem-se a remuneração do policial, que é a soma de todos os benefícios conseguidos pelo funcionário, financeiros e não financeiros, sendo o salário o aspecto em espécie desse benefício. A remuneração está ligada ao conceito de resultados, ou seja, as recompensas visam fazer com que se atinjam resultados. A remuneração unicamente não é suficiente para que o funcionário se mantenha focado nos objetivos futuros, ou mesmo que ultrapasse as metas estabelecidas no contexto laboral.

SUMÁRIO



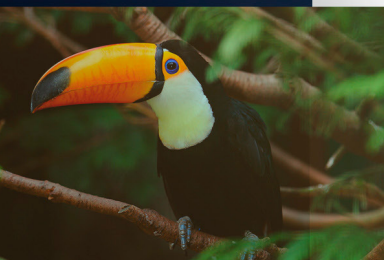
Dessa forma os programas de incentivos servem para recom- pensar o esforço individual e global nos setores das organizações. Já os benefícios e serviços sociais são compostos por diversos tipos de regalias e vantagens oferecidas pelas organizações, como por exem- plo, o vale refeição, seguro de vida, assistência médica, entre outros, em casos de cargos mais elevados, existem benefícios da ordem de moradia, carros, cartões de crédito corporativos e outros mais. O ob- jetivo desses benefícios, mais do que a questão puramente financeira, é o de eliminar da vida dos funcionários, diversos tipos de transtornos comuns, tais como a busca de transporte e moradia.

Às recompensas já existentes como acarretar promoções por bravura; plano de cargos, carreiras e salários; medalhas de reconheci- mento e comandos em setores específicos com gratificações pecuniá- rias poderiam ser mais bem incentivadas no setor, pois, o que ocorre nesta seara foge a administração da instituição sendo repassadas as associações que representam parte do efetivo, somente assistindo aos que se associam os demais, diga-se de passagem, a maioria, não tem benefícios institucionais, como um plano de saúde, por exemplo, es- cola própria para os dependentes a fim de evitar certos conflitos com a SEDUC (Secretaria de Educação), um núcleo de saúde preventiva que realmente assista o policial militar seria um bom começo. A Polícia Militar apresenta um quadro de cargos e salários bem definidos; há dois quadros operacionais divididos em Oficiais e Praças com suas respectivas remunerações de acordo com o portal da transparência do Governo do estado do Amazonas, a saber:

Quadro 1 - Patentes e remunerações

Oficiais	Praças
Coronel: É o último posto na hierarquia militar entre os oficiais superiores com uma remuneração de R \$30 mil reais.	Subtenente: É a mais alta graduação das praças, imediatamente acima dos sargentos e abaixo dos oficiais. Fazendo jus a remunera- ção de aproximadamente R \$10 mil reais.

SUMÁRIO



Tenente-Coronel: É uma patente militar de oficial superior, situada entre a de major e a de coronel Fazendo jus a uma remuneração de R \$28 mil reais.	1º Sargento: É um graduado na hierarquia militar de graduação inferior à de subtenente ou suboficial e superior ao 2º Sargento. Com ganho remuneratório de R \$9 mil reais.
Major: É o primeiro posto de oficial superior, sendo superior a capitão e inferior a tenente-coronel. Com remuneração de R \$25 mil reais.	2º Sargento: É um graduado na hierarquia militar de graduação inferior ao 1º Sargento é superior ao 3º Sargento. Fazendo jus ao pagamento de R\$ 8 mil reais.
Capitão: É um posto na hierarquia militar inferior a Major e superior ao 1º Tenente, pertence a categoria dos oficiais intermediários. Percebendo R \$16 mil reais de salário.	3º Sargento: É um graduado na hierarquia militar de graduação inferior ao 2º Sargento e superior ao cabo. Com remuneração de R \$7 mil reais.
Primeiro-Tenente: Corresponde ao segundo posto do Quadro de Oficiais Combatente. Com remuneração de R \$14 mil reais.	Cabo: Correspondendo à primeira graduação de Quadro de Praças Especialistas ou segunda graduação do Quadro de Praças Combatentes que pode ser obtida por um soldado. Recebendo por seus serviços cerca de R \$6 mil reais.
Segundo Tenente: Constitui o primeiro posto de Oficial Combatente recebendo R \$12 Mil reais.	Soldado: A graduação de Soldado constitui a primeira graduação do Quadro de Praças Combatentes. Com remuneração de R \$5 mil reais.

Fonte: Adaptado de Amazonas (2022).

Na instituição observada existe uma premiação para o policial que se destaca em atendimento de ocorrências que não é inerente à atividade policial e mesmo assim sendo proativo conseguir solucionar a lide, trata-se da promoção por Bravura, a qual dá direito ao policial em galgar uma graduação posterior a qual se encontra no momento do ato. Vale salientar a licença especial a qual assiste o policial 3 (três) meses de folga remunerada a cada cinco anos trabalhados, e caso tenha alguma situação na qual requeira mais tempo existe a possibilidade da Licença para Interesse Pessoal estendida até dois anos de afastamento. Além da remuneração base, existem funções gratificadas, como no caso do setor da Corregedoria de Polícia.

O Processo de Desenvolver Pessoas envolve fornecer os meios necessários para o aprendizado e o desenvolvimento do funcionário, o que nada mais é do que um processo educacional e de qualificação.

SUMÁRIO



Neste sentido a Polícia Militar do Amazonas dispõe do Centro de Formação e Adestramento de Praças (CEFAP), além do Instituto Integrado de Ensino de Segurança (IESP). Cumprindo o conceito de universidades corporativas (UC) que cuidam da educação corporativa e da gestão do conhecimento corporativo de modo integral e sistêmico.

Assim sendo, tanto praças quanto oficiais, participam de processos de treinamento, além, de cursos oferecidos pela instituição que requer destes um contínuo aprendizado para que venham a galgar uma graduação superior a seus cargos.

Chiavenato (2014, p. 307) diz que desenvolver pessoas significa “dar-lhes informação e apoio suficiente para que elas aprendam novos conhecimentos, habilidades e competências e se tornem mais e cientes do que fazem”. Nesse passo é fundamental que haja treinamento; os funcionários precisam estar treinados e preparados para o melhor rendimento e desenvolvimento dentro da organização para que possam demonstrar todo o seu potencial de talento.

Há também no processo de desenvolver pessoas a questão do desenvolvimento pessoal, sendo essa parte mais voltada ao crescimento pessoal e a projeção futura de carreira (CHIAVENATO, 2014); e finalmente o desenvolvimento de organizações, que consiste na mudança dos rumos da organização como um todo, com o auxílio de um consultor interno ou externo, visando a melhoria na solução de problemas e de confronto com as mudanças no ambiente externo (CHIAVENATO, 2014). Eventualmente ocorrem algumas capacitações, mas sempre em alguma situação excepcional na PMAM. Além de se sentir parte em desenvolver o projeto da missão como desenvolvimento pessoal somaria capacitar e incrementar o desenvolvimento profissional com cursos de aperfeiçoamento também já sendo uma realidade institucional, o que não foge sempre tratativas de aprimoramento neste sentido, aplicando a gestão do conhecimento para que a instituição alcance melhor resultado como convênios para treinamento tático com instituições de ensino superior o que agrega ao currículo do profissional.

SUMÁRIO



O Processo de manter pessoas é voltado ao objetivo de fazer com que as pessoas permaneçam na organização, onde sua função principal é manter os colaboradores satisfeitos e motivados e para assegurar-lhes condições físicas, psicológicas e sociais de permanecer e participar do negócio, obter compromisso e “vestir a camisa” da organização (CHIAVENATO, 2014). Um elemento importante a ser considerado nesse passo, são as relações com os empregados. As organizações devem respeitar as diferenças individuais e tornar o ambiente de trabalho agradável. Eis outro gargalo na PMAM.

A fim de que permaneça em efetivo serviço da corporação a polícia militar encarrega-se de tentar cumprir os cronogramas de data base bem como as respectivas promoções, no entanto, independe da administração da polícia tal fato, pois tais atos administrativos e burocráticos emanam do “poder de caneta” do governador do Estado. O que retém o policial da ativa em grande maioria liga-se aos proventos recebidos como a gratificação de serviço extra e agora com a possibilidade de ganhar o percentual da gratificação de curso tem postergado ainda mais o tempo de pedir sua reserva a fim de concluir os requisitos para fazer jus a este ganho. Há também o fator social, insta salientar que a maioria desses servidores falam em um *status quo* em permanecer junto às fileiras da briososa Polícia Militar do Amazonas.

Pelo fato de ser um labor que exige muito preparo de seu funcionário e pouco tempo para observá-lo - ocorre situação na qual um maior número de homens perfaz a qualidade do serviço a ser prestado. Este tende a ser um dos piores fatores que desqualificam o serviço a ser prestado, como por exemplo, acontece no fim de carreira o praça galgar o oficialato, mas para que labore na seara administrativa, no entanto por não acontecer a qualificação para este momento na vida do servidor, este tende a continuar trabalhando na área de serviço (rua), e aqueles que entraram pouco tempo na instituição e devem estar aplicados na atividade fim, policiamento ostensivo na área de serviço, estão aquartelados em serviços administrativos.

SUMÁRIO



Para sanar o problema acima seria possível um reordenamento nos setores, onde para que o oficial administrativo fosse empregado em uma repartição específica, este no curso de aperfeiçoamento que o capacita para galgar tal graduação já deveria ter o devido preparo ao seu novo *mister*. Assim, não se perderia a eficácia nem no serviço administrativo nem no operacional com os novos policiais sendo aplicados para o cargo no qual foram aprovados, qual seja o serviço; reduzindo arbitrariedades com aqueles que já cumpriram seu ônus laboral na operacionalidade.

A saúde e a qualidade de vida são outros aspectos do processo de manter pessoas. No que tange a saúde e qualidade de vida dos policiais o comando tem intensificado a educação física e disponibilizado uma academia no complexo do comando geral a fim de que o policial a utilize a qualquer tempo. Ainda, permanece o hospital também no complexo do comando e, em parceria com o Corpo de Bombeiros Militares, o qual administra a Clínica Pública Gilberto Mestrinho no centro de Manaus em que ocorre atendimento médico especializado aos policiais e seus dependentes.

No que tange a manter os policiais na ativa, as condições ambientais e psicológicas ainda são um gargalo a que se busque de maneira satisfatória o bem estar ambiental e psicológico. Muitos profissionais da área da polícia queixam-se de problemas psicológicos e de um ambiente de trabalho muito “hostil”.

O setor de logística ainda deve ser mais bem estruturado, no entanto, há de convir que o cenário às operações policiais não são os melhores, cada setor deverá de acordo com a nova Gestão de Pessoas ser aplicado dentro de competências, daí a importância em reconhecer quem está apto para ser responsável para o referido cargo. Como administração da cultura organizacional o clima na instituição requer o máximo de cordialidade possível, daí a importância em se manter o psicológico dentro da normalidade, o que os dias hodiernos não têm

SUMÁRIO

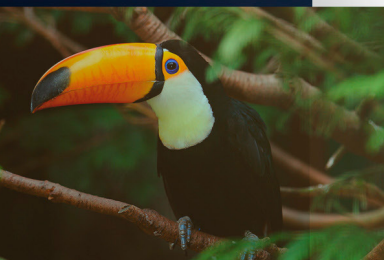


ajudado muito, como vivenciar a sequela de dois anos de pandemia atrelados aos serviços diversos que a sociedade demanda da instituição polícia militar, insta aqui salientar para que as pessoas designadas ao atendimento das ocorrências mantenham-se imparciais frente às lides que encontram no dia a dia.

Fechando o ciclo da Gestão de Pessoas, há o processo de monitorar pessoas, segundo as palavras de Chiavenato (2014) consiste em “proporcionar retroação às pessoas a respeito do desempenho e das potencialidades de desenvolvimento”. É a base para a discussão entre superior e subordinado sobre assuntos do trabalho”.

O que na polícia militar do Amazonas acontece através de relatórios e livros de ocorrências, aplicativos institucionais e plataformas para este devido fim. No entanto, o *feedback* a ser aplicado deveria ser no final do serviço, assim como há uma preleção para o início, no término do mesmo o monitoramento será mais eficaz pois as informações são diretas e sem nenhum ruído. Por exemplo, montam-se cinco viaturas com um determinado programa a seguir durante o serviço, deve ter essas respostas, visando tanto o andamento do serviço quanto a saúde física e mental do policial. Como foi realizado? Houve alguma situação atípica? Estão todos bem? Ou, como foi tal ocorrência? Aproveitando este momento para verificar o desempenho da guarnição, naquilo que for plausível reconhecer e naquilo que necessitar de aperfeiçoamento disponibilizar meios para tal, como mais treinamentos ou até mesmo atendimentos de saúde e tratamento psicológico, se for o caso. Pois, é notória a permanência de policiais na ativa com diversos distúrbios oriundos do acúmulo de problemáticas da vivência policial.

SUMÁRIO



CONSIDERAÇÕES FINAIS

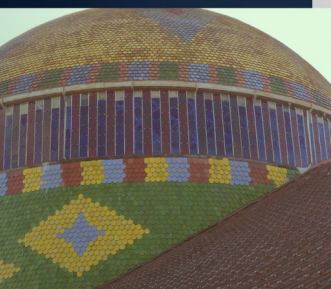
Neste estudo fez-se uso do modelo de Planejamento Estratégico de Gestão de Pessoas a partir da visão de Chiavenato (2014) aplicado no contexto do setor de Diretoria de Pessoal da Ativa (DPA) da Polícia Militar do Estado do Amazonas.

A importância de tal artigo deu-se ao contextualizar não somente o setor da DPA em si, mas também o CECOPOM, dando destaque à seara administrativa e operacional desta organização militar. Assim foi feita uma explanação com dados dos referidos setores de forma a dimensionar o setor de RH de acordo com o tamanho da instituição e esta, por sua vez, de acordo com as demandas a serem assistidas.

Após a contextualização, foi feita uma análise do Planejamento Estratégico da Organização tendo como base seis processos que compõem a moderna Gestão de Pessoas (GP), sendo eles os processos de agregar, aplicar, recompensar, desenvolver, manter e monitorar pessoas. Após a análise de cada processo, chegou-se à conclusão de que o setor de Comunicações - CECOPOM e por consequência a DPA não estão alinhados com a moderna GP onde em cada um dos processos foram detectados problemas que necessitam ser sanados para que os setores possam se modernizar. Diante desse cenário, é necessário que os gestores busquem meios para fazer com que tal setor possa se desenvolver e atingir um nível de eficiência aceitável.

É preciso tornar a gestão mais técnica, ou seja, buscar profissionais com formação na área e lhes dar as condições necessárias para implantar as eventuais medidas que solucionem esses problemas, principalmente, quando surgirem situações que requeiram resposta rápida para sua solução, dando assim uma margem de discricionariedade ao agente de segurança pública ciente de suas ações.

SUMÁRIO



Diante do exposto, este trabalho contribui ao nível prático para a detecção dos problemas de planejamento estratégico de pessoas na Polícia Militar do Estado do Amazonas e traça algumas ações estratégicas importantes para sua melhoria, como a aplicabilidade de pessoal remanescente em suas fileiras que galgam postos a serem utilizados na administração e mesmo assim permanecem nas ruas em serviço operacional; as rotatividades nos setores tendem a prejudicar a eficácia do serviço. Cursos de aperfeiçoamentos visando futuras promoções devem ser aplicados de maneira que corroborem para que os quadros sejam aplicados dentro de suas finalidades, a fim de que tanto o serviço operacional quanto o serviço administrativo da polícia militar possa ter uma engrenagem que realmente funcione e seja eficaz e eficiente nas demandas que a sociedade requer.

Por fim, como proposta de investigação futura, indica-se avaliar de forma mais pormenorizada o desenvolvimento do Centro de Comunicações Operacionais da Polícia Militar do Estado do Amazonas tendo como base os elementos aqui descritos para corroborar ou contrastar as análises aqui presentes.

REFERÊNCIAS

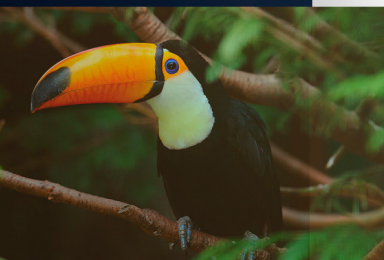
AMAZONAS. Governo do estado do Amazonas. **Portal da Transparência- Estrutura de Cargos e de Remuneração da Polícia Militar do estado do Amazonas**. Disponível em: <http://www.transparencia.am.gov.br/orgao/88/>. Acesso em: 16 nov. 2022.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERNARDI, Jorge Luiz. **Política Pública- AVA UNINTER**. Curitiba: Facinter Internacional, Especialização em MBA Administração Pública e Gerência de Cidades, 2012.

COELHO, Ricardo Corrêa. **O público e o privado na gestão pública**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração da Universidade

SUMÁRIO



Federal de Santa Catarina; Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Universidade Aberta do Brasil, 2014.

COSTA, Saulo Sandro da Silva; KRUGER, Juliano Milton. **Planejamento Estratégico de Recursos Humanos**: um estudo de caso junto à Prefeitura Municipal de Bonfim-RR. Igapó, v.15, n.1, jul. 2021. Disponível em <https://igapo.ifam.edu.br/index.php/igapo/article/view/244/239>. Acesso em: 21 out. 2022

CHIAVENATO, Idalberto. **Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Campus, 2014.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquia, terceirização e outras formas. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2011.

JUNG, Carlos Fernando. **Metodologia científica: ênfase em pesquisa tecnológica**. 3ª. Ed. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2003.

LIMA, Roberto Campos; FEDERICI, Adriana. **Gestão Estratégica: Um novo paradigma para o gestor público**. Disponível em: <https://www.gov.br/infraestrutura/pt-br/assuntos/gestao-estrategica/portal-da-estrategia> Acesso em: 20 set. 2022.

SILVA, Cleiton Martins Duarte. **Recursos Humanos no Setor Público**. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso; Brasília: Ministério da Educação, Rede e-Tec Brasil, 2013.

SOUZA JÚNIOR, Valadares Pereira. **Manual De Procedimentos Administrativos/PMAM**. Manaus: Polícia Militar do estado do Amazonas, Diretoria de pessoal da ativa, 2020.

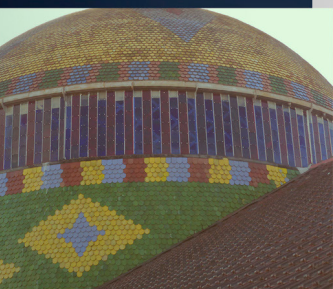
31

Robison Figueiredo Lira
Daniel Cerdeira de Souza

SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA:

Um estudo no município
de Itacoatiara/AM

SUMÁRIO

**Resumo:**

A saúde mental (SM) está relacionada à forma como ela reage às exigências da vida e ao modo como harmoniza seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções e enquanto constructo social, a SM necessita de políticas públicas específicas. Considerando essa definição, o objetivo deste estudo foi compreender os desafios do cuidado em SM em uma unidade básica de saúde (UBS) no município de Itacoatiara/AM. Metodologicamente, a pesquisa é qualitativa, onde realizamos um grupo focal com a equipe de saúde da UBS da unidade. Os dados foram analisados a partir do procedimento de análise de conteúdo. Os dados possibilitaram a construção de três categorias de resultados: 1) Demandas da saúde mental; 2) Estratégias de atuação e 3) Articulação entre UBS e Rede de atenção Psicossocial. Diante dos resultados, foi possível observar que as principais demandas de SM na UBS envolvem transtornos mentais graves e persistentes e demandas advindas da pandemia de covid-19, onde as pessoas podem apresentar inúmeras formas de sofrimento psíquico. Apesar das entrevistadas estarem vivenciando a prática do matriciamento há poucos anos, estas demonstraram possuir conhecimentos referentes a esse processo de trabalho em congruência com os documentos oficiais. Por fim, o cuidado em SM requer um trabalho interdisciplinar e multiprofissional na comunidade.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção básica; Rede de atenção psicossocial.

SUMÁRIO



INTRODUÇÃO

De acordo com Coelho *et al.* (2014), após a segunda guerra mundial, as contestações, diante das denúncias de maus tratos e desumanidade nos hospitais psiquiátricos, cresceram e impulsionaram mudanças ou reformas na estrutura do tratamento psiquiátrico. Segundo o Ministério da Saúde, atualmente a política de saúde mental (SM) brasileira é resultado da mobilização das partes envolvidas (usuários, familiares e trabalhadores da saúde) no processo de reestruturação dos serviços de SM, iniciada na década de 1980 com o objetivo de mudar a realidade dos manicômios. Esse movimento teve como impulso a importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à ditadura militar e foi alimentado pelas experiências bem-sucedidas de países europeus na substituição de um modelo baseado no hospital psiquiátrico, por um modelo de serviços comunitários. Nas últimas décadas, esse processo de mudança se expressa especialmente por meio do Movimento Social da Luta Antimanicomial e de um projeto coletivamente produzido de mudança do modelo de atenção e de gestão do cuidado: a Reforma Psiquiátrica (RP) (BRASIL, 2013).

A RP ficou conhecida como um processo que teve como objetivos e estratégias questionar e elaborar propostas de transformação crítica do modelo clássico e do padrão da psiquiatria. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), a RP brasileira encontrou as condições institucionais para o seu desenvolvimento. A implementação de políticas públicas ancoradas na ampliação do direito universal à saúde criou um ambiente favorável à multiplicação das inovações assistenciais no campo da SM (SOUZA *et al.*, 2010). O SUS contribuiu para a consolidação da RP brasileira ao incluir em sua dinâmica as ações de SM e reorientando as práticas das equipes de saúde junto aos usuários em sofrimento psíquico (CORREIA; BARROS; COLVEIRO, 2011).

SUMÁRIO



A Lei Nº 10.216, sancionada em 06 de abril de 2001 confirma os direitos das pessoas que vivem com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial à saúde mental. Com financiamento e regulação tripartite, a rede de atenção psicossocial (RAPS) foi ampliada fortemente, e passou a integrar, a partir do Decreto 7.508/2011, o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde. Entre os dispositivos utilizados como substitutos ao modelo manicomial podem ser citados: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência etc. (BRASIL, 2013).

REVISÃO TEÓRICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Essa definição, de 1946, foi inovadora e ambiciosa, pois, em vez de oferecer um conceito inapropriado de saúde, expandiu a noção incluindo aspectos físicos, mentais e sociais.

Segundo Gaino *et al.* (2018) termo 'bem-estar', presente na definição da OMS, é um componente tanto do conceito de saúde, enquanto de SM é entendido como um constructo de natureza subjetiva, fortemente influenciado pela cultura. A OMS define SM como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade”.

Segundo Correia, Barros e Colveiro (2011) ainda que tenham sido constatados que nos últimos anos surgiram muitas transformações no modelo de atenção em SM, onde passaram a priorizar as ações direcionadas para a inclusão social, cidadania e autonomia as

SUMÁRIO



pessoas que sofrem de transtornos mentais, podemos observar que de acordo com Athié, Forte e Delgado (2013), a alta prevalência dos transtornos mentais em contraponto com a escassez de serviços é um problema de saúde pública. As avaliações mundiais apontam a necessidade de desenvolvimento dos sistemas de saúde, já que a taxa dos que necessitam e não são tratados é elevada, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Segundo Correia, Barros e Colveiro (2011), as pessoas portadoras de doenças mentais podem ser direcionadas para os seguintes atendimentos: i) consultas com o médico clínico para verificação das queixas físicas; ii) para o setor de aquisição de receitas quando necessário obter algum psicotrópicos e; iii) encaminhamento para consultas especializadas. Entre as áreas de cuidado em SM, a AB possui significativa relevância referente a prioridade do cuidado e consolidação da RP, uma vez que pode evitar práticas que levem à psiquiatrização e fragmentação do atendimento, facilitando assim o planejamento das ações territoriais, promovendo o tratamento justo e o acesso aos serviços de saúde a pessoas com transtornos mentais (BEZERRA *et al.*, 2014).

O interesse por essa pesquisa surgiu a partir de inquietações sobre a forma com que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Itacoatiara-Am realizavam os atendimentos às pessoas com transtornos mentais, pois esse paciente tem maior risco para doenças e agravos e, por outro lado, muitas condições de saúde potencializam a vulnerabilidade para os transtornos mentais. Assim, a conscientização sobre a importância da SM deve ser incorporada a todo o contexto da saúde, planejamento do sistema e oferta de cuidados primários e secundários, bem como na política social (SOUZA; LUÍS, 2012). Além do mais, os problemas de SM têm se tornado cada vez mais comuns em todo o mundo. A ansiedade, por exemplo, atinge mais de 260 milhões de pessoas. O Brasil é o país com o maior número de pessoas ansiosas: 9,3% da população, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001).

SUMÁRIO



Outros dados mostram que 86% dos brasileiros sofrem com algum transtorno mental, o percentual de brasileiros que declara ter recebido diagnóstico de depressão subiu 34,2% em seis anos, mostram dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BRITO *et al.*, 2022). Entendemos que a SM não está dissociada da saúde geral, e por isso faz-se necessário reconhecer que as demandas de SM estão presentes em diversas queixas relatadas pelos pacientes que chegam aos serviços de saúde, em especial da AB (BRASIL, 2013). Assim, por se tratar de problema de saúde pública, onde as pessoas acometidas por transtornos mentais precisam de acompanhamento e cuidados contínuos, se faz necessário potencializar e ou efetivar as ações realizadas na AB (CORREIA; BARROS; COLVEIRO, 2011).

Um dos princípios da Atenção Básica (AB) é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao sistema de saúde, incluindo aquelas que precisam de cuidado em SM. E a AB funciona como a porta de entrada preferencial do SUS, com isso ela se torna um conjunto de ações de saúde, que atende tanto o individual quanto o coletivo, e que visa promover a proteção da saúde, a prevenção de danos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, desenvolvendo atenção integral que cause impacto na situação de saúde das pessoas e nos determinantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2013).

De acordo com Brasil (2013), na AB, o desenvolvimento de intervenções em SM é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde. Assim, avançar no cuidado em SM remete à reflexão crítica de vários processos envolvidos na dinâmica do cuidado e no trânsito dos diversos atores pelos caminhos do SUS, mapeando-se os limites e os desafios, em busca da resolubilidade dos serviços da rede de SM (BEZERRA *et al.*, 2014).

SUMÁRIO



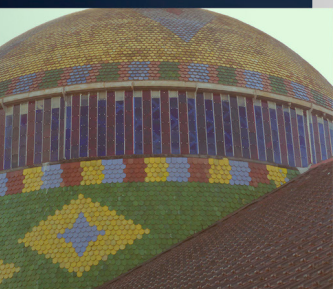
Correia, Barros e Colveiro (2011) afirmam que em diferentes regiões do país, experiências vêm demonstrando a potência transformadora das práticas dos trabalhadores da AB, mediante a inclusão da SM na AB por meio do matriciamento, que tem como principal função propiciar às equipes de referência da AB uma retaguarda especializada mediante o estabelecimento de vínculos interpessoais e a oferta de suporte institucional e apoio técnico-pedagógico para a construção coletiva de projetos terapêuticos junto às pessoas em sofrimento psíquico (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Em 2008, a Portaria GM 154/08 recomendou a inclusão de profissionais de SM nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são dispositivos com alta potencialidade para garantir a articulação entre as equipes de saúde e as equipes de SM dos municípios, melhorando o acesso e o cuidado das pessoas com transtornos mentais e com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (BARROS; SALLES 2011). Considerando o exposto, o objetivo deste estudo foi compreender os desafios do cuidado em SM em uma UBS no município de Itacoatiara/AM.

METODOLOGIA

A pesquisa é qualitativa de cunho exploratório. A pesquisa qualitativa assume diferentes significados no campo das ciências sociais, compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social (VAN MAANEN, 1979). O caráter exploratório da pesquisa se mostra porque objetivamos nos familiarizar com o fenômeno investigado, de modo que o estudo principal a seguir pode ser projetado com maior compreensão e precisão (PIOVESAN, 1995).

SUMÁRIO



Esta pesquisa foi realizada na cidade de Itacoatiara, o município se encontra na Região Metropolitana de Manaus, no estado do Amazonas, é a terceira cidade mais populosa do estado, com 104 046 habitantes, de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021. A pesquisa foi realizada em uma UBS e foi acessada via autorização expressa através de um Termo de Anuência.

Os participantes foram profissionais de saúde que atuam na Equipe Saúde da Família – ESF, (Médicos da Família, Dentistas, Enfermeiros, Agentes Comunitários de Saúde -ACS- e Técnicos de Enfermagem) da Unidade. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PESSOA, 2017).

Segundo o Brasil (2012), uma equipe de Saúde da Família – ESF é composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Como critérios de inclusão para a pesquisa, adotamos: Ser profissional da equipe de saúde da família e trabalhar com ações de Saúde Mental na UBS. Já como critérios de exclusão: Decidir abandonar a pesquisa a qualquer momento ou estar sob o efeito de alguma substância ou possua algum transtorno mental que prejudique sua comunicação.

SUMÁRIO



Os dados foram construídos via Grupo Focal, pois o método permite obter pontos de vistas dos participantes sobre o objeto de estudo através de debates. Para Mendonça *et al.* (2017) o grupo focal é uma forma de entrevistas com grupos, baseada na comunicação e na interação. Seu principal objetivo é reunir informações detalhadas sobre um tópico específico (sugerido por um pesquisador, coordenador ou moderador do grupo) a partir de um grupo de participantes selecionados. Ele busca colher informações que possam proporcionar a compreensão de percepções, crenças, atitudes sobre um tema, produto ou serviços. O grupo Focal teve a participação de 15 profissionais da saúde da UBS, e foi realizado no dia 25 de agosto de 2022. Os participantes receberam o Termo de Consentimento Livre esclarecido para assinatura, para dar ciência dos objetivos da pesquisa. Todo o debate foi gravado e depois transcrito.

Os dados foram analisados via procedimento de Análise de Conteúdo. Esse procedimento organiza-se em três fases, segundo Dos Santos (2012): I) Pré-Análise: É a organização de todos os materiais utilizados na coleta dos dados (correspondente à organização e leitura dos artigos no protocolo). II) Exploração do Material: que consiste nas operações de codificação em função das regras que já foram previamente formuladas (após a leitura no protocolo, criou-se as categorias). III) Tratamento dos resultados: É a fase de análise propriamente dita, onde os resultados brutos serão tratados de maneira a serem significativos (discussão dos dados).

A pesquisa seguiu todos os procedimentos relacionados à ética, estabelecidos nas Resoluções nº 466/2012 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e inclusive foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, sob o parecer 5.582.073 e código CAEE 60858622.7.0000.5020.

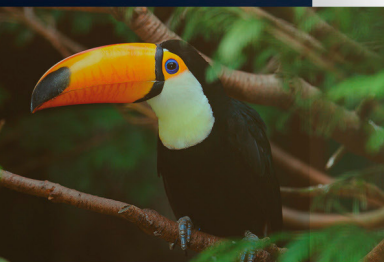
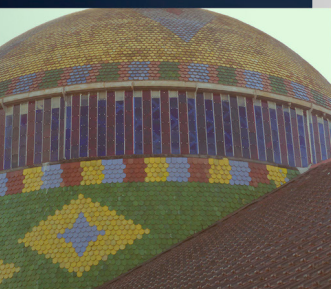
SUMÁRIO

ANÁLISE E DISCUSSÃO
DOS RESULTADOS

A prática de SM na AB deve envolver todos os profissionais de saúde, de modo que, o bem-estar e o conhecimento geográfico e a forte ligação entre a equipe de saúde com os usuários, são o que unifica os objetivos de cuidados de saúde mental dos profissionais (BONFIM *et al.*, 2013).

A preocupação com a SM na AB requer muita atenção estratégica pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa, fortalecendo sua importância na detecção de sintomas e do atendimento inicial, bem como a necessidade de a equipe provê informações sobre os medicamentos psiquiátricos, dar orientações e suporte aos familiares cuidadores, com intuito de diminuir sua sobrecarga e orientar os familiares sobre como lidar com os pacientes, outro fator também é a necessidade de intervir visando a aumentar a participação ativa e a responsabilidade dos pacientes com o próprio tratamento, para evitar o abandono dos medicamentos e as consequentes hospitalizações repetidas e por vezes desnecessárias (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; TESSLER; GAMACHE, 2000).

Em seu cotidiano de trabalho na AB, os profissionais de saúde atendem pessoas que procuram ajuda profissional pelos seguintes motivos: sofrimento mental, geralmente acompanhado de queixas de tristeza e/ou ansiedade, ou mesmo que não haja queixa declarada neste sentido, é comum estes profissionais identificarem nos usuários tristeza e/ou ansiedade importante. Estatísticas do Brasil e do mundo confirmam essa impressão, mostrando que há cada quatro pessoas que procuram a AB uma tem algum transtorno mental segundo a Classificação Internacional de Agravos e Doenças 10ª Revisão (CID-10) e se incluirmos também os casos subclínicos a taxa chega a uma para cada duas pessoas (BONFIM *et al.*, 2013).



SUMÁRIO

Para melhor compreensão do tema, foram geradas três categorias de resultados para discussão: Demandas da saúde mental, Estratégias de atuação e Articulação entre UBS e Rede de atenção Psicossocial.

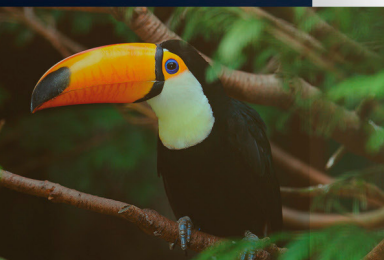
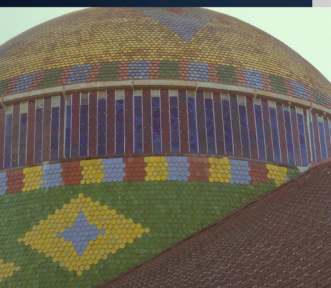
Demandas de saúde mental

A SM é parte integral da saúde, e está intimamente ligada com o comportamento, tornando-se um componente central para estudos (RIBEIRO *et al.*, 2015). A primeira questão norteadora desta categoria centrou-se nas percepções sobre os conceitos e cuidados prestados ao indivíduo com sofrimento mental. Destacam-se algumas falas dos atores que deram voz a esta pesquisa, no qual traz pontos importantes a serem discutidos:

PERSONAGEM ENFERMEIRA: Normalmente os enfermeiros têm uma escala para atendimento, e a minha seria em uma quarta feira que é pra atender os pacientes com transtornos mentais, normalmente nas consultas a gente faz as trocas de receitas, a gente encaminha para o médico porque é remédio controlado, mas a demanda é bem pouca.

PERSONAGEM MÉDICA- Eu pego muito transtornos mentais, assim associados à pessoa vem por um motivo e acabo descobrindo outro, a pessoa vem com uma dor de garganta e acabo descobrindo que são hospedadas de sintomas de déficit de esquizofrenia, mas assim, não vem por esse motivo vem embutido.

PERSONAGEM ACS 1- Quando a gente faz visitas domiciliares as pessoas sempre perguntam se tem psicólogo, se eles estão atendendo e em que lugar? Mas quando a gente fala em consulta, ou em marcar uma consulta eles já ficam meio receosos e não querem, mas falar sobre o assunto, aí ficam um pouco retraídos. Porque na verdade eles querem buscar essa ajuda, mas ao mesmo tempo ficam um pouco receosos, porque eles não querem ser formais na sua frente.... vamos se dizer assim.



SUMÁRIO



Mas as mulheres são sempre *de boa*, mulheres, jovens, a maioria são mulheres e jovens.

PERSONAGEM ACS 2 – Mas a gente encontra aqueles que já são, ou que já tem um diagnóstico e a gente orienta *pra* vir até a UBS, tem aqueles que não podem vir aí a gente leva o médico até a residência deles, tem uns que tem um transtorno bem forte mesmo... O médico precisa visitar, aí quando a gente tá visitando, tem que ter esse cuidado... Esse olhar *tá levando* a médica até seu domicílio.

Para os profissionais citados acima, procedimentos como o diálogo e proximidade torna possível à compreensão das condições clínicas do paciente, o que torna possível sair da condição de enfermeiro (a), médico (a), entre outras diferentes funções dentro do âmbito hospitalar e colocar-se no papel de ouvinte na busca pelo entendimento do sujeito em seu cenário, seus desejos, sua ansiedade e suas estratégias para lidar com a vida.

Percebe-se que a maioria dos estudos da literatura selecionados para esta categoria apresenta muitas fragilidades no conceito de SM e no atendimento a essas necessidades. Segundo Nomura *et al.* (2018), conceitos relacionados à saúde/doença mental sugerem uma compreensão fragmentada do processo saúde/doença, estabelecida pela dicotomia mente e corpo. Nessa ótica, os autores querem dizer que é preciso entender que não há diferença entre mente e corpo, e que são necessários cuidados relevantes e específicos considerando todo o sofrimento subjacente que existe na existência/ciclo de vida de um indivíduo (NOMURA *et al.*, 2018). Bem como a compreensão do que essas pessoas realmente precisam (ALMEIDA; MAZZAIA, 2018).

Sabendo que a AB constitui um plano privilegiado para o cuidado das necessidades voltadas para a SM, destacamos que o enfermeiro e o médico, como atuantes diretos neste serviço, devem estar preparados para o atendimento aos portadores de transtornos mentais, auxiliando a reduzir os danos envolvidos é possível hospitalização do paciente

SUMÁRIO



(NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010). Além disso, o papel desses profissionais é compreender a forma como a pessoa se vê e sente o seu problema, para ajudá-los a promover a evolução e o crescimento que vai contribuir para uma melhor adaptação e resolução do mesmo (FILHO *et al.*, 2020; CORDEIRO *et al.*, 2019; DAMASCENO; SOUSA, 2018).

Nesta conjuntura percebe-se a complexidade do campo da SM, sua interdisciplinaridade e transversalidade de conhecimento, a necessidade de ampliar as fronteiras, de olhar a saúde e a doença como um processo que transcende as dimensões biológicas, porque se origina também no âmbito dos processos históricos, sociais e culturais ao longo da natureza humana (PEREIRA *et al.*, 2021).

Para Almeida *et al.* (2020), ainda é explícito os receios que alguns profissionais têm ao lidar com casos de SM, seja por falta de conhecimento, medo das reações do paciente ou falta de experiência na área. Isso obviamente enfraquece a persistência e a expansão da política atual. Segundo os mesmos autores, muitos profissionais ainda não compreendem a necessidade de compreender o conceito e a verdadeira compreensão do suporte inerente à SM, não mais na perspectiva unicamente biológica, mas na perspectiva holística e humanizada (ALMEIDA *et al.*, 2020).

Estratégias de atuação

O objetivo de melhorar a atenção à SM no mundo é uma tarefa complexa que depende da cooperação de todos os setores da sociedade. Ainda há desafios para superar velhas barreiras, como estigmas, discriminação e serviços mal atendidos, que impedem milhões de pessoas em todo o mundo de acessar o tratamento de que precisam e merecem (SILVA, 2010).

SUMÁRIO



Em uma análise do impacto socioeconômico dos transtornos mentais e comportamentais, a OMS (2001) alerta que esses estes agravos afetam mais de 25% da população em dada fase da sua vida, sendo que aproximadamente 20% de todos os pacientes atendidos por profissionais de atenção primária de saúde têm um ou mais transtornos mentais e comportamentais. Por se tratar de um problema de saúde pública, a OMS propõe diversas formas de melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais. Uma forma importante é fornecer boas políticas e bons planos, o que leva a um melhor serviço. Há também a necessidade de considerar uma boa legislação como um mecanismo para um melhor apoio à saúde mental (OMS, 2005).

Décadas atrás, as políticas públicas no campo da SM eram desenvolvidas a partir da atuação soberana do Estado que buscava solucionar problemas pendentes e oferecer recursos que orientassem a assistência psiquiátrica. No entanto, falar em políticas de SM no Brasil é uma possibilidade recente, conquistada a partir do processo de RP (BORGES; BAPTISTA, 2008).

A legislação pode ser usada para garantir mais recursos para a SM e melhorar os direitos de um país e os padrões e condições de saúde. No entanto, para garantir melhorias na vida das pessoas com transtornos mentais, uma lei deve ter metas realistas e alcançáveis. Leis irreais não servem para nada e podem levar a gastos desnecessários, desviando recursos que poderiam ser usados para desenvolver serviços (OMS, 2005).

Por esse ângulo, os serviços de SM têm a responsabilidade de atender às necessidades de determinadas populações. Assumir a responsabilidade pelo cuidado parece ser uma estratégia que permite com que os profissionais se organizem de um modo que responda mais às necessidades da população e menos às necessidades de legitimação corporativa das próprias técnicas e teorias (SILVA, 2005).

SUMÁRIO



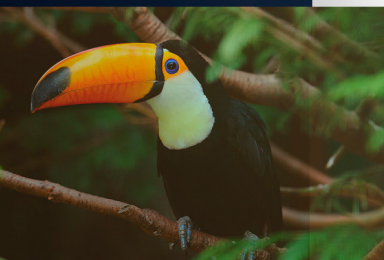
Diante disso, os depoimentos abaixo demonstram o cenário:

PERSONAGEM ACS3- É eu vou falar com relação das situações que a gente encontra na área, das situações que eles relatam, assim a gente encaminha primeiramente para médico, faz o agendamento para o médico ou pra enfermeira, depois pegamos o encaminhamento para ir pra psicóloga. E em relação à estratégia das que já são diagnosticadas, é o agendamento para troca de receitas ou para terem o acompanhamento com o médico ou acompanhamento de enfermagem.

PERSONAGEM DENTISTA- Eu falo por mim, porque eu já tive paciente com crise na hora do procedimento então isso é muito complicado pra gente nesse momento porque às vezes a gente está numa cirurgia e pode acontecer alguma coisa durante o procedimento e a temos que continuar, não dá de parar no meio do caminho, então a gente tem que dar suporte ali. No momento a sempre procura na identificação de medicações que ele está tomando, qual é o protocolo que ele tem anotado, se ele já foi à consulta médica, se ele já faz os exames de rotina... Antes de a gente começar o procedimento, temos que analisar quais são os procedimentos que eles já tenham realizado, qual é a urgência daquele paciente, no primeiro momento, a gente tem que ter calma, acolher o paciente e o fazer entender que ali naquele momento ele está seguro. Essa é a postura que eu adoto. Então é assim que eu trabalho, ontem mesmo um paciente nosso... Passou um pouco mal, ele tem ansiedade, já é idoso... Então a gente teve que ter muita calma, tivemos que esperar o momento dele, para que a gente pudesse adotar os nossos métodos. Quando a gente vai trabalhar a primeira consulta de um paciente... Ou ele já vem mal, ou naquele momento ele não tá legal, eu sempre busco entender e ver o lado do paciente.

PERSONAGEM ACS 2- O que a gente observou que depois do Covid aumentou bastante o número de pessoas com ansiedade, por depressão, ou estão sempre tristes, a gente ouviu muitos esses relatos na área como ela falou, eles costumam se abrir muito pra gente, eles dizem olha eu estou sentindo isso, então a gente tenta de alguma forma tá trazendo ajuda para eles ser acompanhados pelo SUS e a gente sempre tenta acompanhar também, foi isso que a gente observou depois da COVID.

SUMÁRIO



PERSONAGEM ACS5- Eu observei que aumentou bastante às pessoas tiveram ansiedade depois dá o COVID, foi como ela falou muitas das pessoas não assumem logo de cara que a pessoa tem um transtorno mental, elas sempre querem agendar consultas, ou pegar receita de medicamento, mas eles não falam o porquê, sendo que a gente precisa saber o porquê. Pois é a gente que convive com eles diariamente, e podemos até facilitar se um dia eles precisarem dessa ajuda, mas realmente nesse período todo de pandemia a gente tem encontrado bem mais pessoas assim, que de alguma forma desenvolveram ou agora tem, mas liberdade de falar e de relatar pra gente o que está acontecendo. Aqui a gente não tem psicóloga, a gente sempre encaminha os pacientes para outra UBS, a gente até tinha o psicólogo, mas depois esses profissionais foram embora até porque já faz um tempo que aqui não funciona o NASF ele foi desativado.

Fica claro que as instituições públicas de saúde enfrentam desafios relacionados ao processo de transição do cuidado às pessoas com transtornos mentais. Segundo Dimenstein (2006), problemas enfrentados pelos serviços de saúde, quanto às questões salariais, ao escasso e inadequado investimento do SUS para os serviços substitutivos, ao aumento avultado da demanda em saúde mental e à diminuição dos gastos com internação psiquiátrica.

Levando em conta as limitações no atendimento aos usuários dos serviços, Pelisoli, Moreira e Kristensen (2007) identificam as mudanças de liderança política como um fator que dificulta a formulação de políticas de SM contínua. Isso se deve ao tempo limitado que os gestores têm para identificar as mudanças e implementar os progressos alcançados de acordo com as leis e regulamentos. Os autores indicam o financiamento das ações de SM como potencial limitação para reorganização dos serviços.

Um estudo realizado por Rodríguez *et al.* (2007) teve como objetivo avaliar os sistemas de SM em El Salvador, Guatemala e Nicarágua. Os resultados revelaram sérias limitações nos sistemas nacionais de SM dos três países, especialmente na AB, e uma acentuada escassez

SUMÁRIO



de recursos humanos qualificados. Além da lentidão na implementação das políticas de SM, também apresentam graves estrangulamentos relacionados com os recursos físicos e humanos.

No Brasil pode-se citar o estudo de Oliveira e Alessi (2003) que investigou a eficácia das ações desenvolvidas nos serviços alternativos de SM, especificamente nos CAPS do Estado de Mato Grosso. Ao final do trabalho, os maiores limites para a efetividade desses serviços eram relacionados à organização do processo de trabalho/cuidado e no avanço em direção à construção de uma nova clínica que incorporasse as dimensões psicossociais no cuidado. Essas limitações estão relacionadas com aspectos teórico-técnicos, administrativos, sociais e de gestão.

Segundo a OMS (2005), existem diferenças significativas nos recursos financeiros e humanos disponíveis aos países influentes na forma como as questões de saúde mental são abordadas. De fato, as necessidades manifestadas pelos usuários, familiares e atendentes dos serviços de SM e pelos trabalhadores da saúde dependem muito da prestação atual e passada do serviço, e as expectativas das pessoas variam consideravelmente de país para país.

De acordo com Jorge *et al.* (2007), a prática de saúde deve ser pautada pelo cuidado integrado. A premissa desta afirmação é a necessidade de adequar-se aos serviços de SM, tendo em vista a construção do trabalho em equipe multidisciplinar, com ações pautadas pela interdisciplinaridade. Desta forma, os profissionais de saúde incorporam-se à aquisição de novas habilidades e competências, passando a adquirir novas técnicas no cuidado aos clientes. No entanto, compreender como as categorias profissionais atuam nas áreas de atuação multidisciplinares e como elas se relacionam entre si é fundamental para a descrição do contexto social (COSTA, 2016).

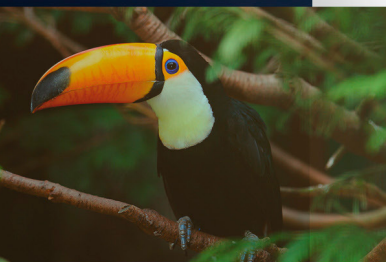
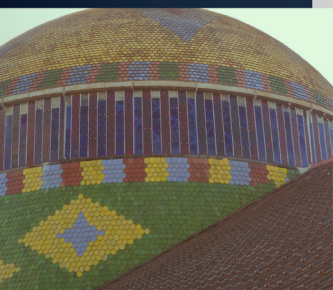
SUMÁRIO

**Articulação entre UBS e rede
de atenção psicossocial**

Pesquisadores, como Gama e Campos (2009); Paulon e Neves (2013) têm evidenciado em seus estudos as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da AB em relação às demandas de SM que chegam às unidades. Estas dificuldades são apontadas, muitas vezes, pela falta de capacitações, qualificações, que são muito escassas quando se trata de saúde mental. Outra questão pontuada diz respeito ao fato de a dimensão da SM não ter reconhecimento como um aspecto ligado ao adoecimento, ao sofrimento daqueles que procuram as UBS por alguma necessidade de saúde, e por este motivo, alguns profissionais acabam encaminhando as situações de SM para outros níveis de atenção à saúde.

Nos últimos anos, desde o final da década de 1970, a SM passou por inúmeras mudanças com o avanço de novos modelos de atenção, questionando, assim, a forma de assistência prestada nos hospitais psiquiátricos, passando a desconstruir a permanência dos abrigos, a priorização da atenção que existe nos manicômios, para a priorização e reconstrução da atenção do ser em adoecimento mental (CAMPOS; BEZERRA; JORGE, 2020).

Um dos maiores impasses nessa área é o desafio da integralidade do cuidado, o que exige das lideranças a busca de novas práticas de saúde. Assim sendo os profissionais se tornam responsáveis por adquirir novos conhecimentos e técnicas para atuar em todas as situações (CAÇADOR, 2012; NEVES; LUCCHESI; MUNARI, 2010). Nessa conjuntura, além de desempenhar um papel importante em todos os componentes, a equipe também tem a função de orientar os familiares e apoiá-los nos desafios de cuidar dos pacientes em um ambiente social de retorno. Desta forma, o cuidado faz parte de uma abordagem holística e humanizada, com foco na promoção da saúde mental, prevenção de doenças e apoio ao enfrentamento (SILVA *et al.*, 2017).



SUMÁRIO



Desse modo, as enunciações abaixo demonstram o que os pacientes querem, diante dos diferentes posicionamentos:

PERSONAGEM ENFERMEIRA - É porque tem pouca psicóloga para Itacoatiara toda, então é difícil conseguir uma consulta, e quando se consegue o pessoal não retorna lá. A psicologia é um processo que vai acontecendo, você tem que ir a várias consultas, e acaba que aqui não tem isso.

PERSONAGEM CPD- O ideal é que a psicóloga atendesse pelo menos duas vezes na semana em cada UBS seria o ideal.

PERSONAGEM ENFERMEIRA- Aqui na UBS as grávidas precisam muito.

PERSONAGEM CPD- o problema é que só tem psicóloga em duas UBS, mas não é através do NASF, é por conta das próprias UBS até porque o NASF foi desativado no município.

É evidente que as UBS de Itacoatiara precisam de profissionais psicólogos para atender as demandas da população, principalmente considerando o cenário pandêmico que ainda estamos vivenciando, onde as pessoas podem apresentar inúmeras formas de sofrimento psíquico. E o profissional da Psicologia pode se inserir na ótica do matriciamento em SM, estratégia em que os profissionais da atenção básica recorrem a outros atores/profissionais com diferentes saberes para construção de projetos terapêuticos incluindo qualquer ator da rede, seja rede de serviços de saúde, rede intersetorial, rede de apoio social e/ou pessoal do indivíduo, necessário para aquele indivíduo e sua família (CHIAVERINI *et al.*, 2011).

Aqui se ressalta a importância de um mapeamento abrangente de redes de saúde ampliadas durante o processo de diagnóstico do território, tendo como exemplos os CAPS, NASF, CRAS, CREAS, Escolas, Igrejas, Centros Comunitários, Grupos Culturais, ONGs, outros equipamentos de educação, esporte ou organizações da sociedade civil, em poucas palavras, descortinar o que o território vivo possa oferecer (SILVEIRA; VIEIRA, 2009).

SUMÁRIO



Mesmo em áreas de baixa densidade de equipamentos sociais, é possível a construção de uma rede de matriciamento, no qual a mobilização dos atores e instituições existentes, por si só, já é um fator fundamental com a possibilidade de formação de uma rede de suporte social solidária, inclusiva, corresponsável e protagonista da produção de cuidado e da atenção psicossocial aos usuários no território (BONFIM *et al.*, 2013).

Outra estratégia para o cuidado em SM é o fortalecimento das redes de cuidado e de suporte social através do mecanismo de matriciamento intersetorial permanente onde se estabelecem espaços permanentes e periódicos de encontros e discussões entre as equipes de AB, demais equipes de saúde e de outros serviços do território. O Ministério da Saúde recomenda investir em espaços de reuniões, fóruns, colegiados, espaços de educação permanente, rodas de conversa, que envolvam atores desta rede, é essencial para a construção de estratégias de aproximação e cuidado com a população no território (ANDRADE *et al.*, 2015).

CONCLUSÕES

O objetivo deste estudo foi compreender os desafios do cuidado em SM em uma UBS no município de Itacoatiara/AM. Nessa direção, a pesquisa aponta para o caso da saúde mental, onde as ações na área podem auxiliar quando esses usuários apresentam limitações na movimentação ou compreensão de suas necessidades. Ressalta-se a importância dos ACS nesses contextos, pois trazem uma demanda reprimida em prol da construção desse cuidado, criando um vínculo entre a unidade de saúde e a área designada.

SUMÁRIO



Apesar das entrevistadas estarem vivenciando a prática do matriciamento há poucos anos, estas demonstraram possuir conhecimentos referentes a esse processo de trabalho em congruência com os documentos oficiais. As entrevistas demonstraram as experiências vivenciadas e conhecimentos sobre esse fluxo de trabalho que por vezes torna-se cansativo e desafiador. Por fim, como limitações, o estudo não aprofundou como os marcadores sociais de raça, gênero e classe influenciam na dinâmica do serviço de SM ofertado a população, e assim, sugerimos esse tema para próximas pesquisas.

REFERÊNCIAS

ABELHA, Lúcia; MUÑOZ, Manuel Desviat; GONÇALVES, Sylvia; FAGUNDES, Paulo; BARBOSA, Denise Rebouças; LEGAY, Leticia Fortes; LOVISI, Giovanni. Evaluation of social disablement, psychiatric symptoms and autonomy in long-stay psychiatric patients. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 33, p. 10-17, 2006.

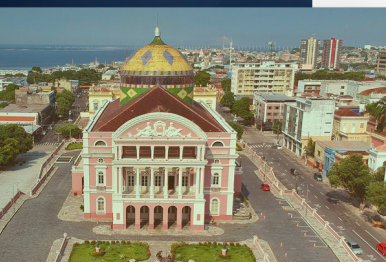
ALMEIDA, Danielle Rodrigues; SOARES, Jéssica Nayara Caires; DIAS, Marcília Gonçalves; ROCHA, Fernanda Cardoso; ANDRADE NETO, Gregório Ribeiro; ANDRADE, Dina Luciana Batista. O cuidado aos portadores de sofrimento mental na atenção primária: uma prática interdisciplinar e multiprofissional. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 420-425, 2020.

ALMEIDA, Patrícia Aline de; MAZZAIA, Maria Cristina. Nursing appointment in mental health: experience of nurses of the network. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, p. 2154-2160, 2018.

ANDRADE, Raquel Dully; SANTOS, Jaqueline Silva, MAIA, Maria Ambrosina Cardoso; MELLO, Débora Falleiros. Fatores relacionados à saúde da mulher no puerpério e repercussões na saúde da criança. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 181-186, 2015.

ARANTES, Débora Jerónima; TOASSA, Gisele. Movimento da reforma psiquiátrica em Goiânia, GO: trajetória histórica e implantação dos primeiros serviços substitutivos. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 47-60, 2017.

SUMÁRIO



ATHIÉ, Karen; FORTES, Sandra; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Matriciamento em saúde mental na Atenção Primária: uma revisão crítica (2000-2010). **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 26, p. 64-74, 2013.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Sônia; NÓBREGA, Maria do Perpetuo Socorro de Sousa; SANTOS, Jussara Carvalho; FONSECA, Laís Mariana; FLORIANO, Lara Simone Messias. Saúde mental na atenção primária: processo saúde-doença, segundo profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, p. 1609-1617, 2019.

BARROS, Sônia; SALLES, Mariana. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1780-1785, 2011.

BARROSO, Sabrina Martins; BANDEIRA, Marina; NASCIMENTO, Elizabeth do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 34, p. 270-277, 2007.

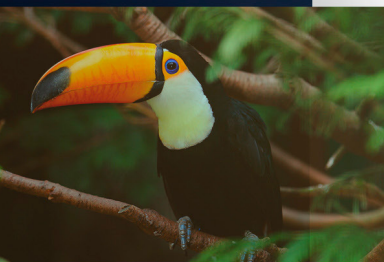
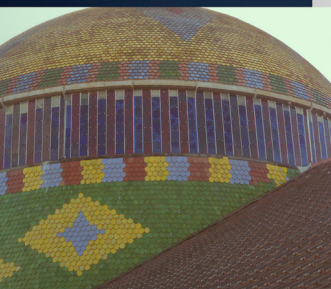
BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa; GONDIM, Ana Paula Soares; LIMA, Leilson Lira; VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira. “ Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá”: processo de medicamentação e (des) caminhos para o cuidado em saúde mental na Atenção Primária. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 61-74, 2014.

BONFIM, Iris Guilherme; BASTOS, Evelyne Nunes Ervedosa; GÓIS, Cezar Wagner de Lima; TÓFOLI, Luis Fernando. Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 17, p. 287-300, 2013.

BORGES, Camila Furlanetti; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, p. 456-468, 2008.

BRITO, Valéria Cristina de Albuquerque; BELLO-CORASSA, Rafael; STOPA, Sheila Rizzato; SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos; DAHL, Catarina Magalhães; VIANA, Maria Carmem. Prevalência de depressão autorreferida no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2019 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 31, p. 1-13, 2022.

SUMÁRIO



CAMPOS, Daniella Barbosa; BEZERRA, Indara Cavalcante; JORGE, Maria Salete Bessa. Producción del cuidado en salud mental: prácticas territoriales en la red psicossocial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 1-18, 2020.

CANDIDO, Mariluci Camargo Ferreira da Silva; VENTURA, Carla Aparecida Arena; FUREGATO, Antonia Regina Ferreira; SANTOS, Jair Lício Ferreira; CANDIDO, Marco Antonio. Saúde mental e direitos humanos: instrumentos internacionais para garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e/ou deficiência. **Revista Direito, Estado e Sociedade**, Rio de Janeiro, n. 56, p. 198-230, 2020.

COELHO, Vívian Andrade Araújo; VOLPE, Fernando Madalena; DINIZ, Stephanie Lana; SILVA, Eliane Mussel; CUNHA, Cristiane de Freitas. Alteração do perfil de atendimento dos hospitais psiquiátricos públicos de Belo Horizonte, Brasil, no contexto da reforma da assistência à saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n.8, p. 3605-3616, 2014.

CORDEIRO, Gisele Fernandes Tarma; FERREIRA, Rosa Gomes dos Santos; ALMEIDA-FILHO, Antonio Jose; SANTOS, Tânia Cristina Franco; FIGUEIREDO, Mariângela Aparecida Gonçalves; PERES, Maria Angélica de Almeida. Atendimento em saúde mental na atenção primária à saúde no período pré-reforma psiquiátrica. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 23, p. 1-8, 2019.

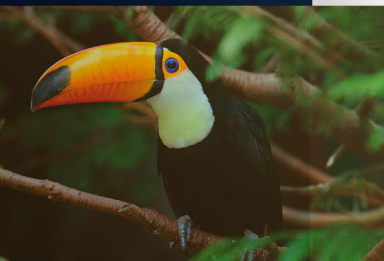
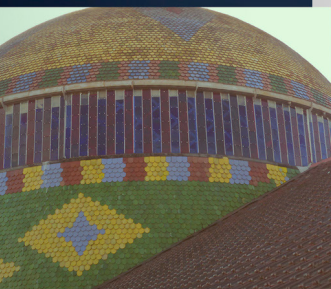
CORREIA, Valmir Rycheta; BARROS, Sônia; COLVERO, Luciana de Almeida. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, p. 1501-1506, 2011.

COSTA, Juliana Pessoa; JORGE, Maria Salete Bessa; COUTINHO, Maria Penha de Lima; COSTA, Edmara Chaves; HOLANDA, Thaise Aguiar. A reforma psiquiátrica e seus desdobramentos: representações sociais dos profissionais e usuários da atenção psicossocial. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 35-45, 2016.

DA GAMA, Carlos Alberto Pegolo; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde mental na atenção básica-uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 110-130, 2009.

DA SILVA FILHO, José Adelmo; SILVA, Cicero Rafael Lopes; MARQUES, Anna Polianna Batista Ferreira; NÓBREGA, Riani Joyce Neves; PINTO, Antônio Germane Alves. Práticas de cuidado em saúde mental desenvolvidas por enfermeiros na Estratégia Saúde da Família. **Nursing (São Paulo)**, São Paulo, v. 23, n. 262, p. 3638-3642, 2020.

SUMÁRIO



DAMASCENO, Venina Costa; SOUSA, Fernando Sérgio Pereira de. Cuidado de saúde mental à pessoa idosa: percepção do enfermeiro. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, p. 2710-2716, 2018.

DE OLIVEIRA, Alice G. Bottaro; ALESSI, Neiry Primo. Mental health nursing work: contradictions and current potentialities. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 333-340, 2003.

DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re) inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, São Paulo, v. 4, n. 6, p. 69-83, 2006.

GAINO, Loraine Vivian; SOUZA, Jacqueline; CIRINEU, Cleber Tiago; TULIMOSKY, Talissa Daniele. O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 108-116, 2018.

GIOVANELLA, Ligia; FRANCO, Cassiano Mendes; ALMEIDA, Patty Fidelis de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1475-1482, 2020.

JORGE, Maria Salete Bessa; GUIMARÃES, Maria Ximenes; NOGUEIRA, Emanuela Ferreira; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães; MORAIS, Ana Patrícia Pereira. Gestão de recursos humanos nos centros de atenção psicossocial no contexto da Política de Desprecarização do Trabalho no Sistema Único de Saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n.3, p. 417-425, 2007.

MENDONÇA, Iolanda; SILVA, Maria de Fátima Gomes. Grupo focal: instrumento de coleta de dados na pesquisa em educação. **Cadernos de Educação, Tecnologia e Sociedade**, Braga, v. 10, n. 1, p. 52-62, 2017.

NEVES, Hilton Giovani; LUCCHESI, Roselma; MUNARI, Denize Bouttelet. Mental health in primary attention: needed constitution of competences. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, p. 666-670, 2010.

NOMURA, Suzy; FREITAS, Karina Maria Salvatore; SILVA, Paula Patrícia Cotrin; VALARELLI, Fabrício Pinelli; CANÇADO, Rodrigo Hermont. FREITAS, Marcos Roberto; OLIVEIRA, Renata Cristina Gobbi; OLIVEIRA, Ricardo Cesar Gobbi. Evaluation of the attractiveness of different gingival zeniths in smile esthetics. **Dental press journal of orthodontics**, v. 23, p. 47-57, 2018.

OLIVEIRA, Elisangela Costa de; MEDEIROS, Ana Tereza; TRAJANO, Flávia Maiele Pedroza; CHAVES NETO, Gabriel; ALMEIDA, Sandra Aparecida; ALMEIDA, Luana Rodrigues. O cuidado em saúde mental no território: concepções de profissionais da atenção básica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n.3, p.1-7, 2017.

SUMÁRIO



PAULON, Simone; NEVES, Rosane. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PEGORARO, Renata Fabiana; CASSIMIRO, Tiago José Luiz; LEÃO, Nara Cristina. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, p. 621-631, 2014.

PELISOLI, Cátula; MOREIRA, Ângela Kunzler; KRISTENSEN, Christian Haag. Avaliação da satisfação e do impacto da sobrecarga de trabalho em profissionais de saúde mental. **Mental**, São Paulo, v.5, n. 9, p. 63-78, 2007.

PEREIRA, Arthur Custódio; SALES, Wesley Barbosa; OLIVEIRA, Allana Stephany Cordeiro; NASCIMENTO, Roberta Bezerra; SOUSA, Francisco de; COURAS, Tays Abreu; FRANÇA, Dimas Cicero Martins; FRANÇA, Janine Greyce Martins; PEREIRA, Luís Eduardo Alves. Percepção dos enfermeiros da atenção básica sobre ações de saúde mental: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, Curitiba, v. 10, n. 8, p. 1-14, 2021.

PIOVESAN, Armando; TEMPORINI, Edméa Rita. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 29, n.4, p. 318-325, 1995.

RIBEIRO, Jose Pais; NETO, Cecilia; SILVA, Mafalda; ABRANTES, Carla; COELHO, Marina; NUNES, Jorge; COELHO, Vitor. Ulterior validação do questionário de saúde geral de Goldberg de 28 itens. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 3, p. 278-286, 2015.

RODRÍGUEZ, Jorge Jacinto; BARRET, Thomas; NARVÁEZ, Silvia; CALDAS, José Miguel; LEVAV, Itzhak; SAXENA, Shekhar. Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 22, n.5, p. 348-357, 2007.

SILVA, Martinho Braga Batista. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n.2, p. 303-321, 2005.

SILVA, Mayara Santos; MACHADO, Paula Alexandra Tavares; NASCIMENTO, Rosilene da Silva; OLIVEIRA, Thais Silva; SILVA, Tiago Franco; BATISTA, Eraldo Carlos. A enfermagem no campo da saúde mental: uma breve discussão teórica. **Revista amazônia science & health**, Gurupi, v. 5, n. 2, p. 40-46, 2017.

SUMÁRIO



SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 139-148, 2009.

SOUZA, Jacqueline de; LUIS, Margarita Antonia Villar. Demandas de saúde mental: percepção de enfermeiros de equipes de saúde da família. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, p. 852-858, 2012.

TESSLER, Richard C.; GAMACHE, Gail. **Family experiences with mental illness**. Westport, CT: Greenwood Publishing Group, 2000.

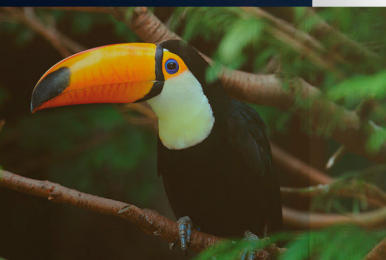
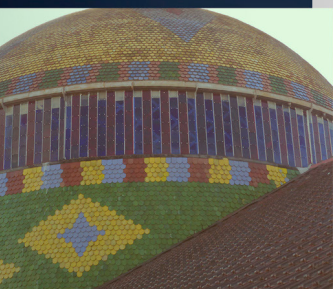
VAN MAANEN, John. Reclaiming qualitative methods for organizational research: A preface. **Administrative science quarterly**, v. 24, n. 4, p. 520-526, 1979.

VILELA, Gláucia Sousa; SANTOS, Camila da Silveira; MOREIRA, Danielle de Araújo; BRITO, Maria José Menezes. Configuração identitária do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família Um olhar sobre sua formação profissional. **CIAIQ2015**, v. 1, p. 272-275, 2015.

WENCESLAU, Leandro David; ORTEGA, Francisco. Saúde mental na atenção primária e Saúde Mental Global: perspectivas internacionais e cenário brasileiro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1121-1132, 2015.

SOBRE OS ORGANIZADORES E ORGANIZADORA

SUMÁRIO



Juliano Milton Kruger

Doutor em Ciências da Administração pela Universidade do Minho (Portugal). Mestre em Gestão pela Universidade de Coimbra (Portugal). Especialista em várias áreas da Gestão, do Direito e da Educação. Bacharel em Administração (UFOP), Contabilidade (UFPR), Economia (UFSC) e Licenciado em Matemática (FIAR). Possui experiência com Educação a Distância, Gestão e Contabilidade Gerencial. É docente do Instituto Federal do Amazonas (IFAM) na área de Administração e da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) na área de Contabilidade. *Contato: juliano.kruger@ifam.edu.br e jmkruger@uea.edu.br*



Anderson Lincoln Vital da Silva

Doutorando em Educação pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Mestre em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Especialista em Direito Tributário (FAMETRO) e em Direito Médico e da Saúde (ULBRA). Advogado. Bacharel em Ciências Sociais (UFAM). É professor da Universidade Federal do Amazonas. Atua e desenvolve suas pesquisas com direito e processo do trabalho nas relações empresariais e no campo da educação com infâncias e juventudes. *Contato: andersonvital@ufam.edu.br*

SUMÁRIO



Geymeesson Brito da Silva

Doutorando e Mestre em Administração pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Pós-Graduando em Administração Pública Municipal pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Especialista em Docência para Educação Profissional e Tecnológica pelo Instituto Federal da Paraíba (IFPB). Graduado em Administração pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). É docente do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Comercial EaD do Instituto Federal de Rondônia (IFRO).

Contato: geimerson57@gmail.com



Mariana Faria Filard

Doutora e Mestra em Ciência Jurídica pela UNIVALI/SC. Especialista em Direito Processual Civil pela UFAM e Especialista em Direito das Relações Sociais pelo CIESA/AM. Assistente Jurídica de Gabinete no Tribunal de Justiça do Amazonas, advogada, professora e coordenadora do NPJ do Curso de Direito e do Núcleo de Estudos Jurídico-Penais da Faculdade La Salle Manaus. É professora dos Cursos de Pós-Graduação em Direito da UNINILTONLINS/AM e Faculdade Martha Falcão e do Curso ON Preparatório para OAB. Parecerista da Revista de Direito Sanitário da Comissão de Saúde do CNMP e Membro do Corpo Avaliativo da Revista Ponto de Vista Jurídico da UNIARP/SC.

Contato: mariana.filard@faculdadelasalle.edu.br

SUMÁRIO



SOBRE OS AUTORES E AUTORAS



Afonso Filho Nunes Lopes

Doutorando em Educação pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Mestre em Planejamento e Políticas Públicas pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Bacharel em Administração Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Possui experiência docente no ensino superior, médio e fundamental. Áreas de interesse em pesquisa: políticas, gestão e administração pública. Atualmente exerce a função de professor no ensino fundamental na Prefeitura Municipal de Fortaleza e na tutoria do Curso Saúde com Agente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Contato: afnlopes@gmail.com



Albert Lengruber de Azevedo

Doutor e Mestre em Enfermagem - Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). Especialista em Logoterapia e Sentido da Vida (FETES), Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (DOM ALBERTO), Enfermagem Nefrologia (EEAN/UFRJ), Saúde da Família e Enfermagem do Trabalho (FAC. REDENTOR). Bacharel em Enfermagem (FAC. DOCTUM). É docente dos cursos de graduação em Enfermagem, Farmácia e Fisioterapia - Associação Brasileira de Ensino Universitário, Belford-Roxo - RJ. Suas áreas de interesse em pesquisa são: comunicação, enfermagem, ensino, cuidado e saúde mental.

Contato: albertenfermagem@yahoo.com.br

SUMÁRIO



Alcilande de Souza Pinto

Especialista em Tecnologias Educacionais para Docência em Educação Profissional e Tecnológica Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em MBA-Executivo em Gerenciamento de Projeto Instituto de Dados da Amazônia (IDAAM). Especialista em Docência Universitária Faculdade LA Salle de Manaus (UNILASALLE). Bacharel em Administração com Habilitação em Gestão de Negócios Faculdade Metropolitana de Manaus (FAMETRO). Planejamento e Processos de Avaliação na Educação Profissional e Tecnológica (CETAM). Professor do Programa de Pós-Graduação Desenvolvimento e Marketing (Gestão/FAMETRO). Servidor Público Assistente em Saúde Técnico de Patologia Clínica (SEMSA). Área de interesse para pesquisa Gestão Pública.

Contato: alcilande@gmail.com



Alexandra Marinho Corrêa

Graduada em Serviço Social Pela Universidade de Tocantins – UNITINS. Pós-graduada em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas – IFAM.

Contato: alemarinho5555@gmail.com

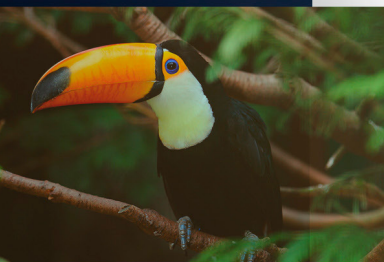


Aline do Couto Muniz

Doutora e mestre em Ciências da Saúde (UFBA/2016), pós-graduada em Saúde Pública (Estácio de Sá – 2010), graduada em Biomedicina (EBMSP - 2008), licenciada em Biologia. Atua como pesquisadora nas áreas de Imunologia e parasitologia. Professora de graduação e pós-graduação para os cursos de saúde presenciais e EAD, conteudista. É parecerista *Ad hoc* para as universidades UNEB e UFPB. Atuou como secretária de saúde no municipal, coordenadora de curso de Biomedicina e diretora de faculdade de Medicina.

Contato: alinebiomedic@gmail.com

SUMÁRIO



Amanda Batista de Castro

Pós-graduada em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas (IFAM). Bacharel em Tecnologia em Logística pela Universidade do estado do Amazonas (UEA). Conselheira Tutelar do município de Urucurituba-AM. São suas áreas de interesse em pesquisa: logística aplicada à gestão em saúde e logística aplicada ao contexto amazônico.

Contato: amanda.batista.gs1993@gmail.com



Ana Claudia de Oliveira Melo

Especialista em clínica médica cirúrgica (IESMATER-DEI). Bacharel em enfermagem (UniNorte). Possui experiência como enfermeira de estratégia em saúde da família e assistente de projetos. São suas áreas de interesse em pesquisa: saúde da mulher e violência contra idoso e abuso infantil.

Contato: anaclaudiamelo79@gmail.com



Anderson Júnior Diniz Barroso

Bacharel em Administração pelo Centro Universitário do Norte - UNINORTE (2009). Pós-graduado em Tutoria em EAD e Docência do Ensino Superior pela Faculdade Futura - Grupo Educacional FAVENI (2019). Possui experiência na área de Administração, Auditoria e Controladoria, Planejamento, Gestão de Pessoas, com ênfase em Administração, atuando principalmente nos seguintes temas: Palestras, Consultorias, Treinamentos e Auditoria. Na área acadêmica atua em diversos cursos de Gestão, na área Pedagógica e Instrução de Informática.

Contato: andersonju.87@gmail.com

SUMÁRIO



Anderson Tiago de Freitas Noronha

Bacharel em Enfermagem (UniNorte). Possui experiência como coordenador de vigilância em saúde (FVS). Enfermeiro assistencial e docente em saúde. São suas áreas de interesse em pesquisa: gestão de recursos em saúde e doenças endêmicas.

Contato: anderson.psn.noronha@gmail.com



Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa

Doutora em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC. Possui Mestrado (2010) e Licenciatura (2009) em Enfermagem Pela Universidade Federal da Paraíba. Especialização em Auditoria em Serviços de Saúde. Especialização em Saúde da Família pela UFPB. Especialista em Processos Educacionais na Saúde pelo Sírio libanês. Graduação em Enfermagem pela Faculdade Santa Emília de Rodat (2005). Atualmente é docente da Faculdade Santa Maria-PB, dos cursos de Medicina e Enfermagem. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Fundamentos do cuidar em Enfermagem, Saúde do Idoso e Saúde Coletiva.

Contato: ankilmar@hotmail.com



Antônia Aquino dos Anjos

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Anhanguera (UniAnhanguera). Assistente Social da Prefeitura Municipal de Presidente Figueiredo-AM. Possui experiência com serviços sociais. São suas áreas de interesse em pesquisa: Assistência Social aplicada ao Contexto Hospitalar.

Contato: antonia.aquino.dosanjos@gmail.com

SUMÁRIO



Antônia Liliane Silva Mota

Pós-Graduada em Gestão Pública Municipal pelo Instituto Federal de Roraima (IFRR). Bacharel em Ciências Contábeis pela Universidade Estadual de Roraima (UERR). Possui experiência com administração pública municipal, especialmente no setor de processos e licitações.

Contato: silvamotaantonialiliane@gmail.com



Carlyanne da Silva Castro

Bacharel em Fisioterapia formada pelo Centro Universitário do Norte-Uninorte Laureate. Licenciatura em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado do Amazonas-UEA. Pós-graduada em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas-IFAM e Pós-graduada em Gerontologia pela Faculdade Dom Alberto. Atuando como Fisioterapeuta no Projeto Vida e Saúde do Idoso Ativo-SEJUSC.

Contato: fisiocarlyannecastro@gmail.com

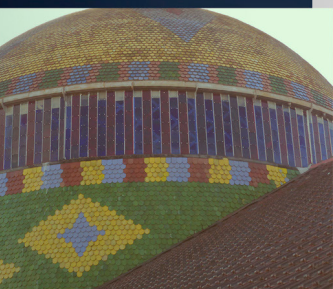


Daniel Cerdeira de Souza

Doutor em Psicologia Social e Cultura pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Mestre em Psicologia e Processos Psicossociais pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). É docente da Universidade Federal do Amazonas. Suas áreas de interesse os estudos de gênero e masculinidades, saúde LGBT e pautas progressistas.

Contato: dancerdeira01@gmail.com

SUMÁRIO



Dulceleide Barros Lopes

Pós-graduada em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas (IFAM). Graduada em Tecnologia em Gestão Pública pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Assistente de Saúde bucal da Prefeitura Municipal de Presidente Figueiredo-AM. São suas áreas de interesse em pesquisa: riscos ocupacionais, saúde pública e saúde bucal.

Contato: lopes29971977@gmail.com



Eleana Ferreira Sarmento

Especialista em Urgência e Emergência pelo Faculdade Literatus, UNICEL, Brasil. Bacharel em Enfermagem pela Faculdades Integradas do Tapajós, FIT, Brasil. Possui experiência com Home Care. É técnico administrativo em educação no Instituto Federal do Amazonas na área de educação. São suas áreas de interesse em pesquisa: educação e saúde, gestão em saúde e saúde coletiva.

Contato: eleanasarmento@gmail.com



Françoan de Oliveira Dias

Doutorando em Gestão de Recursos Naturais e Desenvolvimento Local na Amazônia pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Mestre em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Mestre em Gestão e Regulação de Recursos Hídricos pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Especialista em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Amazonas (IFAM). Atualmente é Fiscal Agropecuário pela Agência de Defesa Agropecuária e Florestal do Estado do Amazonas (ADAF). Tem experiência com pesquisas relacionadas aos Fundos Estaduais de Recursos Hídricos e as Indicações Geográficas no estado do Amazonas.

Contato: francoan.dias@gmail.com

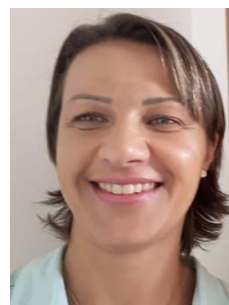
SUMÁRIO



Frank Rijkaard Pinheiro da Silva

Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário do Norte – UNINORTE. Possui experiência em Fisioterapia Traumato-Ortopédica e docência em cursos técnicos na área da saúde.

Contato: raika.fisio@hotmail.com



Grace Fernanda Severino Nunes

Doutora em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Universidade Unesp/Botucatu e pela Universidade do Esporte FAEUP - Porto/Portugal (CAPES). Mestre em Fisiopatologia em Clínica Médica pela Unesp Campus Botucatu. Especialista em Processos Didático-Pedagógicos para Cursos na Modalidade a Distância - Univesp. Bacharel em Fisioterapia pela Universidade do Sagrado Coração. Possui experiência em Educação a Distância como moderadora, supervisora, facilitação do ensino, orientação de TCC e tutoria. Pesquisadora em epidemiologia, moderadora de tutoria e Supervisora de Tutoria.

Contato: gracefernanda@live.com



Isabel Cristina Bento

Doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto René Rachou da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Belo Horizonte-MG. Mestre em Enfermagem, na linha de Educação em Saúde, pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Belo Horizonte-MG. Especialista em Nutrição na Atenção Básica pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) - Rio de Janeiro /RJ. Possui experiência na área de gestão em saúde, nutrição clínica e docência a distância. São suas áreas de interesse em pesquisa: nutrição e saúde pública, nutrição clínica, educação nutricional, saúde coletiva e Gestão em Saúde.

Contato: evmepia@gmail.com

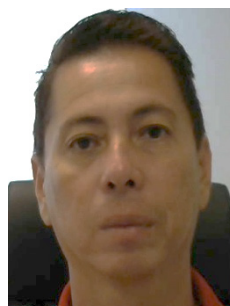
SUMÁRIO



Jailson Silva Ferreira

Especialista em Urgência e Emergência pela GIGA Instituto Educacional, Graduado em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá do Amazonas. Possui Experiência nas áreas de atuação em Urgência e Emergência e Classificação de Risco no Hospital Nilton Lins AM, Hospital Unimed AM, Hospital e Pronto Socorro Dr. Aristóteles Platão Bezerra de Araújo.

Contato: jailsonferreira3@gmail.com



Jerfeson Nepumuceno Caldas

Doutor em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia pela UFAM. Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pela UFAM. Especialista em Administração Pública pelo CIESA. Bacharel em Administração pela UFAM. Possui experiência docente e em administração pública. É servidor público da AN-VISA e atua eventualmente na docência no nível médio técnico e superior.

Contato: jerfeson.caldas@gmail.com



Jéssica Paulino de Oliveira

Especialista em Urgência e Emergência pela FATEC-PR. Graduação em Enfermagem pela UNIP. Atualmente é Enfermeira Gestora na Pacercor Clínica Integrada. Atua como docente e preceptora em cursos de graduação e nível técnico. Possui experiência em Gestão em Enfermagem, Saúde Coletiva e Auditoria de Contas Médicas.

Contato: jessicao.paulino@gmail.com

SUMÁRIO



Juliana Sampaio da Cruz

Especialista em Auditoria Hospitalar (FAVENI). Bacharel em Enfermagem pela Universidade Nilton Lins (UNL). Possui experiência na área hospitalar. É Residente em Enfermagem Obstétrica pela Universidade do Estado do Amazonas (UEA) e Especialista em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas (IFAM).

Contato: jusam.cruz@gmail.com



Leidy Laizza da Silva Costa

Bacharela em Administração (UFSC). Especialista em Gestão Pública (IFAM). Funcionária pública.

Contato: leidycosta85@gmail.com



Lorena Ravielly Carlos Almeida

Possui graduação em Ciências Econômicas pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Funcionária Pública. Atualmente é Gerente Administrativa e Financeira de Unidade de Saúde Pública.

Contato: lorenaravielly_@hotmail.com

SUMÁRIO



Manuelle Nascimento da Silva

Bacharel em Serviço Social pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família (UNINTER). É Assistente Social na área de Saúde Mental.

Contato: manuufal@gmail.com



Marcelo Hideki Togo

Pós-graduado em Gerenciamento de Projetos pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Especialista em Gestão Estratégica Contemporânea pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ). Bacharel em Administração de Empresas pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Especialista na área de Gestão Estratégica, Lean Manufacturing e Projetos. Professor de cursos de pós-graduação, graduação e técnico. Experiência como tutor à distância nos cursos de pós-graduação, graduação e técnico. É avaliador de projetos de programas do Instituto Federal do Espírito Santo (IFES).

Contato: marcelotogo@gmail.com

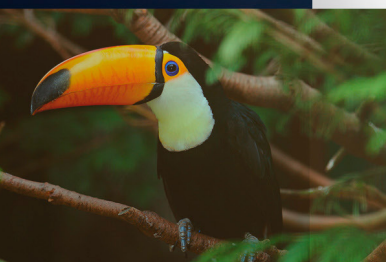
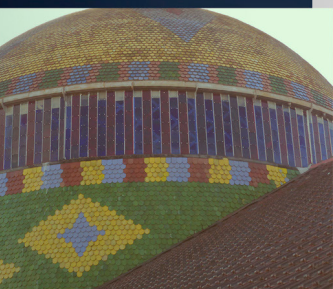


Maria Josefina Goes Gomes

Graduada em Licenciatura em Pedagogia pela Universidade Federal do Amazonas (Manaus-Amazonas). Possui experiência com docência de 1º a 5º ano do Ensino Fundamental e na área da saúde. São suas áreas de interesse em pesquisa: saúde e ensino.

Contato: maria.gomes@ifam.edu.br

SUMÁRIO



Maria Sônia Garrido Macedo

Graduada em Licenciatura em Biologia pelo Claretiano Centro Universitário. Especialização em Docência em Biologia e Práticas Pedagógicas pela Faculdade Única de Ipatinga. Graduada em Pedagogia pela Universidade Estadual de Roraima - UERR. Pós-Graduada em Neuropsicopedagogia em Educação Especial Inclusiva pela Faculdade UNiBF e em Gestão Pública Municipal pelo Instituto Federal de Roraima - IFRR. Possui experiência como docente no Ensino Fundamental II e Ensino Médio e como Técnico Administrativo na área da Administração Pública Municipal. Área de interesse de pesquisa: administração Pública, educação e práticas pedagógicas e educação e currículos.

Contato: garridosonia04@gmail.com



Michele Tancman Cândido da Silva

Pós-doutorado em Ciências Humanas pela UFF, Doutora em Ciências Humanas pela USP, Mestre em Geografia - Ordenamento Territorial e Ambiental pela UFF. Especialista em: Planejamento, Implementação e Gestão em EAD pela UFF; Organização Espacial do RJ pela UFF; Tutoria ONLINE e Fundamentos Metodológicos – Università Foscari di Venezia, UCFV, Itália, Bacharel e Licenciada em Geografia pela UFF. Conselheira de Ciência e Tecnologia – Niterói/RJ. É avaliadora Institucional do INEP, docente da UNIVERSO. Realiza pesquisas em Cidades Digitais, Governança Global de Internet, Políticas Públicas e Meio Ambiente.

Contato: micheletcs@gmail.com



Natiele Vieira de Oliveira Maciel

Especialista em Oncologia pela Faculdade FAP. Especialista em Urgência e Emergência pela Faculdade FAVENI. Bacharel em Enfermagem. Possui experiência em atendimento Hospitalar. Atendimento em urgência e emergência. Gestão de equipes. Responsabilidade técnica. Áreas de interesse em pesquisa: Organização e avaliação dos sistemas de cuidados a saúde, gestão de serviços, informação/comunicação e trabalho em saúde e tecnologia e inovação no cuidado de enfermagem e saúde.

Contato: natiele.vieira.oliveira@gmail.com

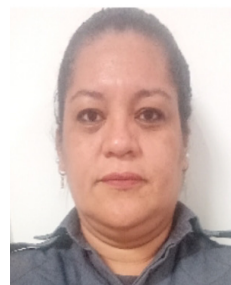
SUMÁRIO



Nely Cristina Medeiros Caires

Especialista, Mestre e Doutora em Odontologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/MG). Especialista em Saúde Pública e Gestão em Saúde pela Universidade Paulista (UNIP/SP). Possui experiência em saúde pública, Saúde Coletiva, Odontologia hospitalar, Epidemiologia. É docente da UFAM, UNIP e orientadora do curso de gestão em saúde do IFAM.

Contato: nelycaires@gmail.com



Nínive Cardoso Coêlho

Especialista em Gestão Pública (IFAM). Especialista em Direito Público (UEA). Especialista em Segurança Pública (FACUMINAS). Bacharel em Direito (ULBRA). Licenciada em Pedagogia (ULBRA). Servidora Pública na área de Segurança Pública do Estado do Amazonas. Área de interesse em pesquisa: Gestão Pública aplicada à Segurança Pública.

Contato: ninivecardos@gmail.com

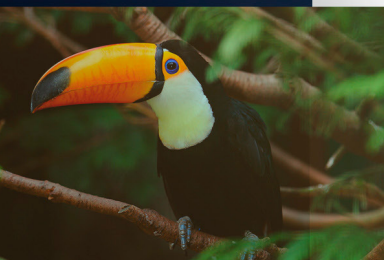
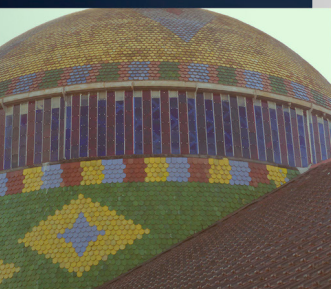
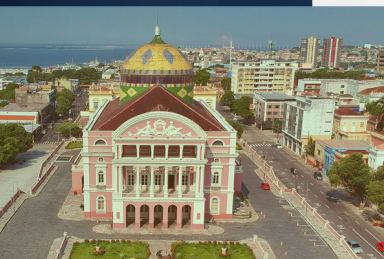


Paulo Victor da Cunha Ramos

Especialista em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas IFAM. Bacharel em Odontologia pelo Universidade do Estado do Amazonas. Possui experiência com atenção primário em saúde ribeirinha. Área de atuação: Saúde Pública.

Contato: pvramos5110@gmail.com

SUMÁRIO



Railcineide Silva de Sousa

Especialista em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas. Graduada em Gestão Pública pela Universidade Federal do Amazonas. Atua na secretaria de produção rural do Estado do Amazonas.

Contato: r-nei-dy@hotmail.com



Rigson Pablo Ferreira Carvalho

Psicólogo pelo Centro Universitário Fametro. Pós-Graduado em Gestão em Saúde pelo IFAM. Possui experiência em psicologia da saúde e psicologia hospitalar. Atualmente é Coordenador Municipal CTA/IST/HIV/AIDS/HEPATITES em Manacapuru. Tem interesse em pesquisa em saúde, políticas públicas em saúde, psicologia hospitalar, psicologia da saúde. Membro relator da 2ª Conferência de Saúde Mental de Manacapuru-2022 e Delegado Estadual eleito para a 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental-2023.

Contato: rigsonpabloinfor@gmail.com



Robison Figueiredo Lira

Especialista em Gestão em Saúde pelo IFAM – Instituto Federal do Amazonas. Bacharel em Saúde Coletiva Pela Universidade Estadual do Amazonas - UEA.

Contato: robsonlira70@gmail.com.

SUMÁRIO



Rúbia Silene Alegre Ferreira

Doutora em Economia pela Universidade Católica de Brasília (2018). Mestre em Desenvolvimento Regional pela Universidade Federal do Amazonas (2008). Docente na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Ministra aulas no Ensino Superior na Graduação e Pós-Graduação. Tem experiência na área de Economia, com ênfase em Teoria Econômica, atuando principalmente nos seguintes temas: economia solidária, mercado de trabalho, desenvolvimento regional, economia comportamental e política públicas.

Contato: rubia.alegre.ferreira@gmail.com



Sara Monteiro Santos

Graduada em Tecnologia em Gestão em Pública pela Universidade do Estado do Amazonas. Pós-graduada em Gestão em Saúde pelo Instituto Federal do Amazonas.

Contato: sasamonteiro757@gmail.com



Taiã Mairon Peixoto Ribeiro

Doutor em Ciência pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Mestre em Ciência pela Universidade Federal de Goiás (UFG). Especialista em Gestão Pública em Saúde pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Especialista em Saúde Pública pela Universidade Cândido Mendes (UCAM). Bacharel em Medicina Veterinária pela Universidade Federal do Tocantins (UFT). Possui experiência em Saúde Pública, Diagnóstico Imunológico, Animais de Laboratório, Patologia Clínica de Animais Domésticos e Selvagens. Atualmente é Médico Veterinário do corpo técnico da Universidade de Brasília (UnB). São suas áreas de interesse em pesquisa: Hematologia Animal, Epidemiologia e Diagnóstico de doenças infecciosas e parasitárias.

Contato: ribeiromedvet@gmail.com

SUMÁRIO



Vanderson de Souza Pereira

Especialista em Enfermagem em Saúde Mental pela Faculdade Roraimense de Ensino Superior (FARES). Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal do Amazonas (UFAM). Enfermeiro do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI-ARS).

Contato: vandersonn.spereira@gmail.com



Vânia Marília Lima Guida

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino Tecnológico pelo Instituto Federal do Amazonas (IFAM). Especialização em Terapia Nutricional e Nutrição Clínica (GANEP), Especialização em Desenvolvimento Sustentável na Amazônia com ênfase em Educação Ambiental (Faculdades Salesiana Dom Bosco). Bacharel em Nutrição (UNINORTE), Licenciatura em Ciências Naturais (UFAM). É docente da Secretaria Municipal de Educação de Manaus, na área de Ciências. São suas áreas de interesse em pesquisa: Educação, Ensino de Ciências e Nutrição.

Contato: vania.guida@semed.manaus.am.gov.br



Vinicius Ortolan

Bacharel em Ciências Contábeis pela Centro Universitário UNISEB, Licenciado em Matemática pela Faculdade Riopretense de Filosofia, Ciências e Letras de São José do Rio Preto. Analista Fazendário na Prefeitura Municipal de São José do Rio Preto/SP. Tem experiência na área de Orçamento e Finanças Públicas.

Contato: vortolan4@gmail.com

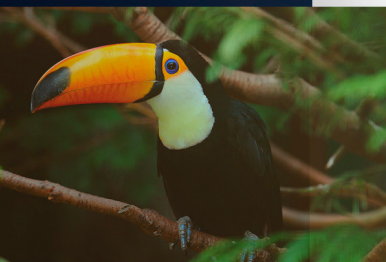
SUMÁRIO



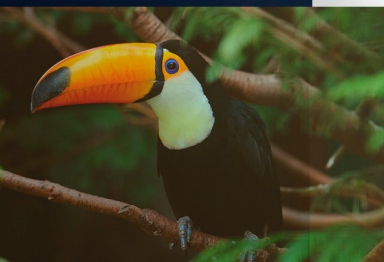
Ygor Riquelme Antunes

Mestre em Biologia Experimental pela Fundação Universidade Federal de Rondônia. Bacharel em Biomedicina pelas Faculdade Integradas Aparício Carvalho. Possui experiência com docência em nível superior e com análises clínicas. Atua como biomédico no Laboratório Municipal de Análises Clínicas do Hospital Antônio Luiz de Macedo no Município de Nova Mamoré/RO e compõe o corpo docente do Centro Universitário Aparício Carvalho nos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia e Medicina. Possui interesse em pesquisas relacionadas a bioquímica clínica, exames laboratoriais e doenças parasitárias.

Contato: ygorra29@gmail.com



SUMÁRIO



ÍNDICE REMISSIVO

A

acidentes 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 356, 371
 acidentes de trabalho 147, 148, 151, 152, 155, 157
 administração 17, 18, 19, 24, 27, 31, 39, 46, 48, 49, 71, 80, 86, 92, 110, 135, 285, 298, 335, 340, 384, 385, 387, 390, 396, 398, 400, 401, 402, 403, 406, 414, 441, 484, 485, 486, 566, 582, 595, 596, 600, 601, 617, 631, 634, 635, 638, 639, 668, 672, 675, 678
 administração pública 24, 27, 31, 39, 46, 48, 49, 384, 385, 387, 484, 486, 595, 596, 601, 639, 668, 672, 675
 Amazonas 20, 40, 128, 129, 130, 131, 132, 135, 137, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 159, 160, 162, 163, 171, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 181, 187, 192, 193, 214, 243, 246, 249, 251, 319, 321, 327, 328, 331, 336, 339, 365, 391, 411, 412, 414, 439, 443, 445, 446, 447, 455, 457, 458, 462, 463, 465, 466, 496, 498, 499, 505, 532, 539, 540, 583, 613, 614, 615, 619, 620, 621, 622, 625, 628, 630, 631, 632, 633, 634, 636, 637, 638, 639, 647, 648, 666, 667, 669, 670, 672, 673, 675, 676, 677, 679, 680, 681, 682
 APS 155, 273, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 316, 317, 322, 323, 324, 342, 344, 370, 372, 373, 375, 376, 380, 444
 Assistência Social 233, 238, 239, 241, 245, 246, 250, 252, 421, 671
 Atenção Básica 204, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 335, 339, 341, 343, 345, 348, 358, 363, 378, 431, 433, 443, 445, 447,

457, 458, 459, 460, 461, 466, 468, 475, 476, 477, 645, 663, 674
 atenção domiciliar 361, 363, 364, 368, 370, 376, 377, 378, 379
 atendimento 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 48, 70, 74, 88, 92, 101, 107, 111, 114, 116, 140, 146, 148, 151, 152, 153, 154, 157, 158, 170, 190, 191, 196, 199, 202, 211, 212, 221, 222, 226, 227, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 247, 248, 249, 250, 258, 262, 295, 298, 310, 313, 321, 324, 329, 332, 337, 338, 339, 341, 346, 347, 350, 352, 353, 354, 357, 358, 371, 372, 395, 399, 421, 422, 431, 433, 435, 436, 440, 442, 443, 444, 451, 458, 463, 466, 474, 480, 485, 498, 502, 504, 546, 558, 569, 584, 588, 609, 614, 622, 632, 635, 636, 644, 649, 650, 651, 655, 662, 678
 atendimento ao cliente 23, 25, 26, 29, 33
 auditoria 109, 110, 111, 112, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 126, 509

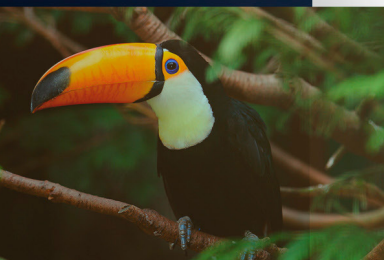
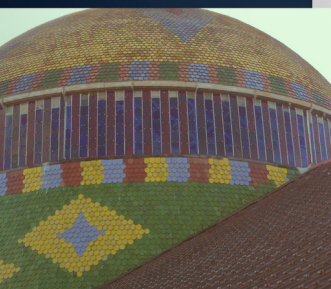
B

bem-estar 17, 18, 19, 21, 89, 91, 235, 298, 299, 300, 347, 364, 384, 390, 570, 571, 574, 643, 649

C

comunidade 75, 77, 89, 133, 147, 151, 163, 202, 228, 263, 285, 299, 309, 322, 330, 361, 363, 364, 370, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 384, 390, 410, 431, 534, 539, 540, 546, 548, 570, 641, 643

SUMÁRIO



conflitos 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79,
80, 81, 82, 84, 85, 86, 88, 90, 91, 93, 94,
95, 98, 100, 101, 103, 107, 206, 241, 274,
423, 529, 535, 539, 540, 571, 617, 631
coronavírus 138, 252, 257, 258, 261, 279,
286, 305, 307, 310, 312, 314, 315, 319,
325, 339, 371, 491, 569, 570, 571, 575,
576, 577, 579, 580, 581, 582, 583, 584,
585, 586, 588, 589, 590, 591

Covid-19 38, 39, 81, 168, 178, 232, 235,
239, 245, 250, 252, 253, 260, 261, 263,
269, 272, 278, 279, 280, 282, 283, 284,
285, 286, 287, 288, 291, 292, 293, 294,
295, 296, 297, 299, 300, 301, 302, 304,
305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312,
314, 315, 316, 317, 318, 320, 321, 322,
323, 324, 325, 327, 328, 329, 331, 332,
333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 341,
342, 371, 384, 390, 479, 481, 482, 483,
484, 485, 487, 492, 548, 585, 586
cultura 30, 71, 121, 402, 415, 464, 485,
529, 530, 534, 535, 540, 541, 542, 544,
545, 549, 626, 635, 643

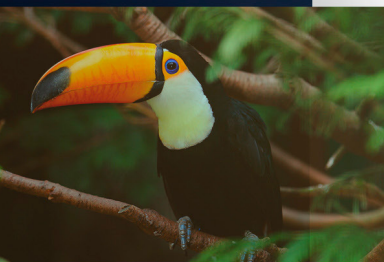
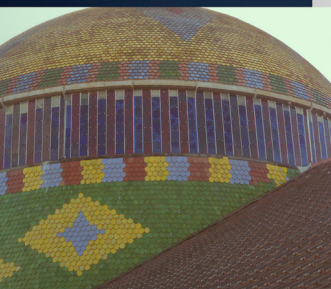
D

desigualdade 130, 200, 257, 617
doença 38, 117, 147, 164, 190, 191, 192,
195, 198, 199, 200, 201, 202, 207, 210,
211, 212, 219, 223, 224, 225, 226, 227,
235, 241, 245, 246, 249, 257, 258, 264,
270, 271, 284, 285, 286, 309, 310, 311,
312, 315, 319, 321, 322, 325, 334, 358,
422, 435, 437, 442, 444, 463, 464, 474,
475, 480, 487, 488, 497, 530, 542, 569,
571, 582, 584, 588, 643, 651, 652, 661
doenças raras 209, 210, 211, 212, 213,
214, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222,
223, 224, 225, 227, 228, 229, 230, 496,
497, 498, 499, 500, 503, 504, 505, 506

E

economia 17, 64, 65, 110, 132, 133, 134,
138, 143, 257, 515, 520, 611, 681
educação 18, 40, 95, 120, 146, 148, 149,
157, 161, 211, 218, 230, 251, 258, 268,
314, 325, 334, 337, 364, 370, 373, 375,
428, 431, 432, 434, 437, 464, 467, 476,
505, 513, 525, 532, 534, 544, 546, 577,
615, 633, 635, 658, 659, 663, 666, 673,
674, 678
enfermagem 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 80,
81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93,
97, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 105, 106,
107, 108, 110, 111, 112, 116, 117, 118,
119, 120, 122, 124, 125, 126, 127, 156,
157, 158, 202, 279, 283, 287, 295, 296,
297, 302, 303, 305, 306, 359, 363, 370,
377, 379, 427, 438, 484, 535, 539, 542,
546, 548, 647, 654, 663, 664, 668, 670,
678
estoque 52, 393, 394, 395, 396, 400, 401,
402, 403, 404, 405, 406, 410, 411, 412,
413, 415, 416, 417, 619
estratégias 28, 30, 33, 43, 55, 70, 71, 77,
79, 81, 82, 85, 87, 93, 94, 98, 100, 101,
102, 103, 104, 107, 112, 113, 124, 154,
161, 180, 215, 237, 246, 258, 259, 263,
274, 283, 284, 289, 299, 302, 311, 313,
314, 321, 334, 342, 349, 366, 382, 383,
388, 389, 421, 431, 433, 434, 436, 440,
441, 450, 451, 477, 493, 529, 534, 546,
572, 573, 576, 615, 616, 623, 642, 645,
651, 659
F
fake news 284, 311
fisioterapia 287, 327, 328, 329, 331, 332,
333, 334, 335, 336, 337, 338, 340, 341,
343

SUMÁRIO



funcionário 26, 28, 630, 632, 634

G

gerenciamento 30, 40, 66, 70, 72, 73, 78, 79, 81, 82, 85, 86, 98, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 110, 111, 122, 310, 313, 393, 394, 395, 396, 398, 399, 400, 401, 411, 413, 416, 480, 510, 517, 524, 527, 558, 589, 609, 615

gestão 16, 17, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 28, 32, 34, 39, 41, 47, 48, 50, 51, 71, 72, 76, 77, 80, 81, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 104, 106, 107, 110, 111, 114, 115, 118, 121, 123, 139, 141, 142, 144, 220, 235, 255, 258, 259, 261, 262, 263, 269, 274, 280, 299, 316, 327, 328, 329, 331, 332, 335, 341, 343, 349, 353, 355, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 393, 394, 395, 396, 399, 402, 403, 409, 411, 414, 416, 418, 419, 422, 423, 424, 426, 427, 428, 429, 431, 437, 440, 441, 442, 458, 460, 461, 462, 467, 469, 470, 471, 473, 477, 480, 486, 494, 496, 497, 498, 499, 500, 504, 505, 507, 508, 509, 510, 511, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 542, 564, 570, 571, 573, 574, 579, 580, 589, 591, 595, 596, 601, 609, 615, 617, 618, 623, 624, 625, 626, 627, 633, 637, 638, 642, 656, 668, 670, 671, 673, 674, 678, 679

gestão pública 16, 17, 18, 19, 21, 25, 41, 48, 384, 390, 394, 396, 480, 496, 497, 498, 499, 500, 504, 505, 571, 573, 574, 579, 589, 591, 617, 618, 623, 638

governo 16, 17, 18, 46, 49, 52, 56, 65, 111, 130, 134, 139, 141, 257, 264, 274, 301, 366, 383, 465, 489, 513, 542, 572, 577, 579, 581, 590, 599, 600, 604, 612

H

HIV 120, 149, 150, 151, 152, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 173, 174, 175, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 680

L

legislação 45, 49, 121, 212, 243, 412, 480, 563, 570, 601, 622, 625, 653

M

medicamentos 131, 135, 137, 160, 167, 169, 170, 180, 185, 190, 191, 210, 213, 218, 221, 222, 223, 227, 230, 261, 265, 272, 275, 284, 286, 384, 390, 393, 394, 395, 396, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 462, 466, 479, 482, 483, 484, 489, 492, 493, 497, 503, 505, 513, 518, 541, 545, 556, 585, 649

Ministério da Saúde 32, 36, 38, 41, 125, 134, 136, 144, 160, 171, 182, 192, 194, 204, 205, 230, 233, 235, 251, 274, 309, 319, 320, 324, 343, 352, 354, 358, 378, 437, 457, 464, 466, 475, 502, 506, 525, 547, 548, 557, 558, 559, 565, 566, 583, 589, 611, 642, 647, 659

modelo biomédico 85, 419, 428, 429, 430, 435, 437

mulheres 98, 164, 166, 167, 170, 175, 178, 186, 187, 189, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 200, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 241, 249, 370, 651

multidisciplinaridade 429, 430

O

orçamento público 45, 46, 49, 65

órgãos públicos 23, 24, 25, 26, 28, 34, 38, 39, 111, 480, 595, 616, 619, 623

SUMÁRIO

Ouvidoria 22, 23, 24, 25, 31, 34, 35, 36,
37, 38, 39, 41, 42

P

pandemia 38, 39, 80, 138, 143, 168, 178,
233, 236, 241, 242, 244, 249, 250, 251,
252, 253, 256, 257, 258, 259, 261, 262,
263, 264, 265, 269, 270, 272, 273, 274,
275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 283,
284, 285, 286, 287, 288, 289, 291, 293,
294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301,
302, 303, 304, 305, 306, 307, 309, 310,
311, 312, 313, 314, 315, 317, 318, 322,
323, 324, 328, 329, 331, 332, 333, 340,
341, 342, 343, 344, 369, 380, 384, 390,
450, 451, 456, 478, 479, 480, 481, 483,
484, 487, 488, 492, 493, 494, 539, 540,
568, 569, 570, 571, 575, 576, 577, 578,
579, 581, 582, 583, 585, 589, 590, 591,
636, 641, 655

planejamento 41, 45, 47, 48, 49, 63, 71,
99, 100, 102, 112, 113, 115, 116, 123, 126,
240, 296, 308, 331, 334, 353, 370, 375,
383, 406, 407, 427, 440, 441, 442, 444,
445, 456, 462, 465, 471, 475, 476, 480,
525, 546, 569, 570, 572, 573, 574, 595,
596, 599, 600, 601, 604, 606, 607, 609,
610, 612, 614, 616, 624, 625, 627, 628,
630, 638, 644

políticas públicas 18, 20, 121, 180, 208,
209, 213, 214, 217, 225, 227, 228, 229,
230, 231, 264, 279, 334, 388, 394, 421,
441, 455, 456, 497, 505, 512, 525, 529,
532, 540, 542, 569, 570, 571, 572, 573,
574, 575, 576, 577, 580, 582, 584, 588,
595, 596, 600, 604, 641, 642, 653, 680

população 21, 25, 28, 32, 55, 70, 74, 111,
120, 122, 130, 131, 132, 134, 136, 137,
138, 139, 142, 147, 160, 163, 164, 171,
172, 174, 176, 206, 209, 210, 211, 212,
213, 219, 223, 228, 229, 243, 248, 249,

258, 259, 261, 262, 263, 266, 273, 274,
277, 294, 295, 303, 311, 313, 317, 319,
322, 323, 329, 331, 333, 341, 347, 348,
354, 355, 359, 362, 363, 370, 371, 372,
382, 383, 385, 387, 390, 396, 411, 415,
433, 441, 443, 444, 445, 451, 455, 461,
463, 465, 466, 473, 474, 476, 480, 487,
498, 504, 505, 512, 513, 516, 520, 523,
528, 529, 531, 532, 533, 534, 535, 536,
539, 540, 541, 542, 543, 545, 547, 548,
549, 556, 558, 561, 569, 570, 571, 574,
577, 583, 587, 588, 589, 598, 616, 618,
625, 644, 653, 658, 659, 660

PrEP 159, 160, 161, 162, 163, 164, 166,
167, 168, 171, 173, 174, 175, 176, 177,
178, 179, 180, 181, 182, 183, 184

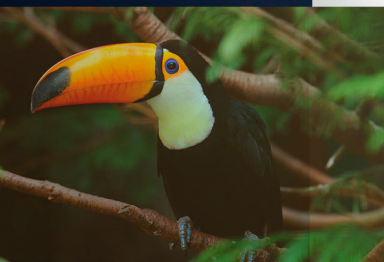
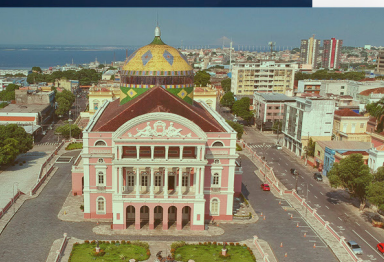
prestação de serviço 23, 111, 114, 376,
552, 604, 609

profilaxia 152, 153, 161, 177, 178, 180,
181, 182, 183, 184, 185

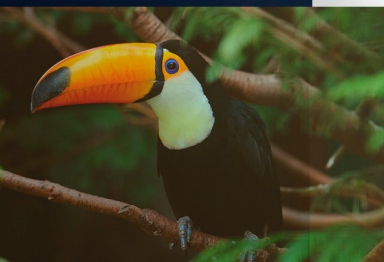
profissionais de saúde 30, 142, 146, 148,
149, 153, 154, 157, 158, 162, 163, 201,
207, 226, 227, 233, 236, 239, 240, 247,
263, 272, 283, 285, 286, 291, 292, 293,
294, 295, 296, 298, 299, 300, 301, 302,
304, 306, 307, 314, 331, 334, 347, 349,
352, 357, 363, 370, 372, 373, 374, 375,
376, 377, 396, 435, 437, 440, 441, 445,
455, 456, 471, 482, 492, 497, 498, 502,
503, 556, 558, 588, 647, 649, 656, 661,
663, 664

Q

qualidade 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30,
32, 34, 38, 39, 40, 42, 43, 72, 73, 76, 78,
85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 95, 100, 101,
109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117,
118, 119, 121, 122, 123, 124, 131, 132,
134, 135, 146, 147, 150, 153, 154, 180,
190, 201, 205, 206, 210, 213, 223, 224,
227, 243, 250, 288, 292, 295, 298, 305,



SUMÁRIO



310, 311, 313, 330, 332, 336, 338, 340,
341, 343, 346, 348, 349, 351, 352, 353,
354, 355, 357, 361, 372, 374, 375, 382,
384, 385, 388, 389, 393, 394, 395, 399,
401, 413, 415, 416, 421, 424, 433, 443,
444, 456, 461, 462, 463, 464, 465, 470,
473, 476, 477, 493, 497, 498, 508, 510,
511, 513, 515, 517, 520, 521, 522, 523,
525, 526, 527, 531, 534, 535, 540, 544,
546, 556, 562, 572, 574, 576, 596, 597,
604, 605, 607, 608, 609, 634, 635

R

Reforma Psiquiátrica 419, 420, 435, 436,
530, 642
regionalização 136, 139, 440, 441, 442,
444, 456, 457
riscos 77, 146, 147, 148, 149, 150, 151,
154, 155, 156, 158, 204, 357, 513, 523,
673

S

SaRS-COV-2 236, 238
saúde 18, 23, 25, 29, 30, 32, 40, 42, 43,
71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 80, 81, 85, 86,
87, 89, 90, 91, 92, 94, 99, 101, 105, 107,
111, 112, 115, 117, 118, 119, 120, 121,
122, 123, 125, 126, 127, 129, 130, 131,
132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139,
140, 141, 142, 143, 144, 146, 147, 148,
149, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 157,
158, 160, 161, 162, 163, 164, 170, 181,
182, 183, 185, 187, 189, 190, 191, 192,
193, 198, 199, 201, 202, 203, 206, 207,
210, 211, 212, 213, 214, 216, 217, 218,
219, 220, 221, 226, 227, 228, 229, 230,
231, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 240,
241, 243, 247, 251, 252, 253, 255, 256,
257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264,
265, 267, 269, 271, 272, 273, 274, 275,
276, 277, 278, 279, 280, 282, 283, 284,
285, 286, 287, 288, 291, 292, 293, 294,

295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302,
304, 305, 306, 307, 309, 310, 311, 312,
313, 314, 316, 317, 320, 322, 323, 324,
325, 326, 328, 329, 330, 331, 332, 333,
334, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344,
346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353,
354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361,
362, 363, 364, 365, 367, 368, 369, 370,
371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378,
379, 380, 382, 383, 384, 385, 386, 387,
388, 389, 390, 391, 393, 394, 395, 396,
410, 411, 412, 413, 414, 415, 419, 420,
421, 422, 423, 424, 426, 427, 428, 429,
430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437,
438, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446,
448, 451, 452, 455, 456, 457, 458, 460,
461, 462, 463, 464, 465, 467, 468, 471,
472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479,
480, 481, 482, 484, 487, 488, 489, 490,
491, 492, 493, 496, 497, 498, 500, 502,
503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510,
511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518,
519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526,
527, 529, 530, 531, 532, 534, 535, 536,
538, 539, 540, 542, 543, 544, 545, 546,
547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554,
556, 557, 558, 560, 561, 562, 563, 564,
565, 568, 569, 570, 571, 574, 575, 576,
577, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586,
588, 589, 590, 591, 592, 611, 631, 635,
636, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647,
648, 649, 650, 651, 652, 653, 655, 656,
657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664,
665, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674,
677, 678, 679, 680
saúde mental 183, 191, 283, 285, 295, 297,
298, 299, 301, 302, 304, 305, 306, 322,
373, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 426,
427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434,
435, 436, 437, 438, 529, 530, 531, 534,
535, 536, 538, 539, 542, 543, 544, 546,

SUMÁRIO



547, 548, 549, 641, 642, 643, 649, 650,
653, 655, 656, 657, 659, 661, 662, 663,
664, 665, 668
serviço social 202, 233, 235, 236, 237,
239, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 249,
251, 252, 253
serviços públicos 16, 19, 24, 29, 31, 34,
49, 111, 119, 122, 133, 212, 343, 382, 390,
393, 477, 518, 570, 597, 611
sistema público de saúde 131, 251, 256,
258, 261, 264, 274, 275, 497, 505
socioeconômicos 129, 131, 132, 133, 137,
140
soropositividade 186, 187, 189, 190, 191,
192, 195, 203, 204
SUS 22, 23, 24, 25, 31, 32, 34, 36, 37, 38,
39, 40, 41, 42, 78, 80, 119, 120, 122, 125,
126, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 136,
137, 139, 140, 141, 142, 147, 151, 190,
199, 207, 211, 212, 213, 218, 219, 220,
221, 222, 223, 225, 230, 235, 252, 257,
273, 277, 278, 280, 309, 323, 324, 329,

330, 333, 342, 349, 352, 353, 354, 355,
358, 361, 362, 368, 370, 371, 377, 379,
383, 387, 388, 391, 421, 437, 442, 444,
449, 450, 456, 457, 463, 475, 476, 477,
480, 497, 498, 501, 502, 506, 510, 512,
513, 515, 525, 526, 527, 534, 551, 552,
553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560,
563, 564, 565, 642, 645, 654, 655

V

vacina 74, 161, 167, 180, 285, 320, 325
vírus 148, 150, 160, 161, 164, 165, 167,
182, 187, 188, 189, 190, 193, 196, 197,
199, 200, 206, 207, 235, 236, 242, 257,
260, 261, 262, 271, 275, 276, 284, 292,
293, 310, 314, 315, 320, 329, 332, 339,
341, 479, 480, 481, 485, 487, 488, 489,
492, 575
vulnerabilidade 189, 206, 207, 226, 262,
297, 302, 309, 322, 371, 455, 477, 529,
541, 644



www.pimentacultural.com



GESTÃO PÚBLICA NA REGIÃO AMAZÔNICA

volume 2



Artigos produzidos nos cursos
de Pós-Graduação em Gestão Pública
e Gestão em Saúde do IFAM e IFRR