



**RAMON MISSIAS-MOREIRA**  
**CRISTINA CARVALHO MESQUISTA**  
(Editors)

**INTERNATIONAL HANDBOOK FOR THE ADVANCEMENT OF PUBLIC  
HEALTH POLICIES - Health Policy, Planning and Management**  
**Volume 1**

**Porto**  
**PUBLICAÇÕES ESS**  
**2021**

Copyright © PUBLICAÇÕES ESS

Capa: Ramon Missias-Moreira

Arte e diagramação: Ramon Missias-Moreira

Revisão: Os autores

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
CATALOGAÇÃO NA FONTE

---

Missias-Moreira, Ramon.

International Handbook for the Advancement of Public Health Policies – Health Policy, Planning and Management - volume 1 / Ramon Missias-Moreira, Cristina Carvalho Mesquita – Porto, Portugal: Publicações ESS, 2021.

586p.

Bibliografia.

ISBN 978-989-9045-18-7

1. Saúde Pública 2. Políticas de Saúde 3. Planejamento em saúde 4. Gestão em saúde 5. Saúde Coletiva I. Missias-Moreira, Ramon. org. II. Mesquita, Cristina Carvalho. org. IV. Instituto Politécnico do Porto V. Série. CDD 614.0981

---

Índice para catálogo sistemático

1. Saúde pública 614.0981

Permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e autoria, proibindo qualquer uso para fins comerciais.

Todos os direitos desta edição estão reservados pelo CINPSUS.

E-mails: [gipeefunivasf@gmail.com](mailto:gipeefunivasf@gmail.com) ou [gipeef@univasf.edu.br](mailto:gipeef@univasf.edu.br)

Conheça as nossas produções: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef>

## Conselho Editorial

Dr. Alberto Dorado Suárez (UCLM, Espanha)  
Dra. Ana Isabel Fernandes Querido (ESSLei, Portugal)  
Dr. Ardigó Martino (PHCNoN, Itália)  
Dr. Armando Raimundo (ESDH-UE, Portugal)  
Dra. Begoña Polonio-López (UCLM, Espanha)  
Dr. Carlos António Laranjeira (ESSLei, Portugal)  
Dr. Carlos Alberto da Cruz Sequeira (ESEP, Portugal)  
Dra. Cristina Mesquita (ESSPPorto, Portugal)  
Dra. Denise Vaz Romano França (UNESPAR, Brasil)  
Dra. Diana Ramos de Oliveira (UCP, Brasil)  
Dr. Diego González Machín (BIREME/OPAS/OMS)  
Dra. Dulce Esteves (UBI, Portugal)  
Dr. Eymard Mourão Vasconcelos (REDEPOPSAUDE, Brasil)  
Dr. Filipe Manuel Clemente (IPVC, Portugal)  
Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos (UNICAMP, Brasil)  
Dr. Geraldo Magella Teixeira (UNCISAL, Brasil)  
Dr. Henrique Pereira Neiva (UBI/CIDESD, Portugal)  
Dra. Joilda da Silva Nery (ISC/UFBA, Brasil)  
Dr. Jorge Mota (FADEUP, Portugal)  
Dr. José Carlos Carvalho (ESEP, Portugal)  
Dr. José Luiz Telles (ENSP-UNL, Portugal)  
Dr. Julio Cesar Collares-da-Rocha (UCP, Brasil)  
Dr. Kenneth Rochel de Camargo Júnior (UERJ, Brasil)  
Dra. Maria Cecília de Souza Minayo (Fiocruz, Brasil)  
Dra. Maria Helena Rodrigues Moreira (UTAD, Portugal)  
Dra. Maria Lucia Silva Servo (UEFS, Brasil)  
Dra. María Virginia García Coll (UCLM, Espanha)  
Dra. Nuria Castro-Lemmus (USEVILLA, Espanha)  
Dra. Olga Sousa Valentim (IPLUSO, Portugal)  
Dra. Paula Clara Santos (ESSPPorto, Portugal)  
Dr. Paulo Santos (FMUP, Portugal)  
Dr. Ramon Missias-Moreira (GIPEEF/UNIVASF, Brasil)  
Dr. Raul Agostinho Simões Martins (UC, Portugal)  
Dr. Rui Pedro Charters Lopes Rijo (IPL/ESTG, Portugal)  
Dra. Sónia Dias (ENSP-UNL, Portugal)  
Dra. Susana Aznar Laín (UCLM, Espanha)  
Dr. Túlio Batista Franco (UFF, Brasil)  
Dra. Vera Pedragosa (UAL, Portugal)



## **Comitê Científico**

Dra. Ana Isabel Fernandes Querido (ESSLei, Portugal)

Dra. Bessie Abigail Orozco Ramírez (USAC, Guatemala)

Dr. Bruno Pedroso (UEPG, Brasil)

Dr. Carlos António Laranjeira (ESSLei, Portugal)

Dra. Christiane Garcia Macedo (UNIVASF, Brasil)

Dra. Clarinda Festas (UmFP, Portugal)

Dra. Cristina Mesquita (ESSPorto, Portugal)

Dra. Cristina Prudêncio (ESSPorto, Portugal)

Dra. Daniella Guimarães Bergamini de Sá (MACKENZIE, Brasil)

Dra. Danielle Bordin (UEPG, Brasil)

Dra. Denise Machado Duran Gutierrez (UFAM, Brasil)

Dra. Diana Ramos de Oliveira (UCP, Brasil)

Dr. Diego Fernando Velasco Cañas (UAEMEX, México)

Dra. Gislaïne Cristina Vagetti (UNESPAR, Brasil)

Msc. Ivone Gonçalves Nery (UESB, Brasil)

Msc. Jamine Barros Oliveira Araújo (UESB, Brasil)

Dr. Julio Cesar Collares-da-Rocha (UCP, Brasil)

Dr. Jorge Mota (FADEUP, Portugal)

Dra. Karin Casasola Mazariegos (USAC, Guatemala)

Dra. Karla Daniele de Sá Maciel Luz (UNIVASF, Brasil)

Dra. Lídia Moutinho (ERISA, Portugal)

Dra. Lucia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira (UNIVASF, Brasil)

Dra. Maiara Bordignon (UFFS, Brasil)

Dra. Mara Lúcia Cordeiro (UCLA, Estados Unidos da América)

Msc. Maria Célia da Silva Lima (UNIVASF, Brasil)

Dra. Maria Gabriela Mendes da Rocha Brochado (ESSVS, Portugal)

Dra. Maria Virgínia Coll (UCLM, Espanha)

Dra. Maricela Carmona González (UAEMEX, México)

Dr. Mario Rodolfo Salazar Morales (USAC, Guatemala)

Dr. Michell Serafin Badillo (UIEM, México)

Dr. Nuno Rocha (ESSPPorto, Portugal)

Dra. Nuria Castro-Lemmus (USEVILLA, Espanha)

Dra. Paula Clara Santos (ESSPPorto, Portugal)

Dr. Paulo Santos (FMUP, Portugal)

Dr. Ramon Missias-Moreira (GIPEEF/UNIVASF, Brasil)

Dra. Regiane Cristina de Souza Fukui (UEM, Brasil)

Msc. Rejane Barreto (UEFS, Brasil)

Msc. Samia da Costa Ribeiro Teixeira (UESB, Brasil)

Msc. Sara Moreira (ICBAS/UP, Portugal)

Dra. Sofia Lopes (ESSPPorto, Portugal)

Dra. Susana Aznar Laín (UCLM, Espanha)

Dra. Teresa Denis (ESTeSL, Portugal)

Dr. Vicente Aleixandre Benites-Zapata (USIL, Peru)

Dr. William Alves de Oliveira (UIC, México)

## EDITORIAL

É um prazer peculiar redobrado escrever este editorial. Realizar um congresso internacional é sempre um momento importante e de consolidação na vida acadêmica de um Grupo de Pesquisa. Sendo a primeira edição, e em formato totalmente remoto, é um marco histórico, simbólico e científico. O Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF), vinculado à Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), e acreditado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), tem o forte compromisso com a produção de conhecimentos para o desenvolvimento da sociedade, divulgação da ciência e fortalecimento de ações humanizadas. A tônica cooperativa de seu trabalho e sua atuante relação com pesquisadores(as), grupos de investigação, instituições de ensino superior, empresas do setor econômico, desportivo, cultural e social, permite-lhe um terreno privilegiado para atingir aquele desiderato. Por isso, aproveito para destacar e agradecer a colaboração de universidades e redes de pesquisas brasileiras e estrangeiras na organização do CINPSUS: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Faculdade de Medicina e Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Universidade Estadual de Feira de Santana, Instituto Politécnico do Porto e Politécnico de Leiria, Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural, Universidade Estadual do Paraná, Universidade Católica de Petrópolis e Universidad de Castilla - La Mancha.

É dessa maneira, com satisfação natural, que o GIPEEF constata a destemida e significativa adesão à chamada de trabalhos do CINPSUS que esteve dedicado à investigação e à inovação no âmbito da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. Com efeito, se consagrou como um momento máximo de encontro entre os mais de 3.100 inscritos, das 5 regiões do Brasil e de mais 14 nacionalidades distintas - Argentina, Bolívia, Colômbia, Cuba, Espanha, França, Guatemala, Honduras, Itália, México, Moçambique, Peru, Portugal e República Democrática do Congo. Recebeu mais de 1.800 trabalhos em espanhol, inglês e português, distribuídos em seus cinco eixos temáticos: I. Política, Planejamento e Gestão em Saúde; II. Atividade Física, Condições de Saúde e Qualidade de Vida; III. Saberes e Práticas Agroecológicas em Saúde; IV. Educação e Formação Profissional em Saúde; V. Aspectos Psicossociais e Políticas de Saúde Mental. Após avaliação pelos pareceristas *Ad Hoc* da Comissão Científica, aproximadamente 410 trabalhos foram selecionados, aprovados e apresentados. Destes, 37 trabalhos estão publicados como capítulos nesta edição especial, volume 1, com foco em Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Para além dessas pesquisas apresentadas, menciona-se especialmente, que foram oferecidas mesas redondas com temas atuais e que refletiram sobre problemas de saúde que afetam o nosso cotidiano, sob a experiência e prisma de pesquisadores(as) com renome internacional no campo das Políticas Públicas de Saúde do Brasil, Espanha, Itália, México e Portugal.

Destarte, o presente *e-book* não é apenas uma destacada contribuição de qualidade aos estudos e as práticas em saúde, é um consistente exemplo de expansão das temáticas e das instituições de pesquisa, com enfoque específico para essa área. É encorajador ver tantos(as) pesquisadores(as) trabalhando ativamente para melhorar as condições de saúde e qualidade de vida de nossa população. Numa altura em que toda a humanidade tem sido ameaçada por um vírus, que gerou a pandemia COVID-19, esperamos que o CINPSUS tenha se constituído como uma lufada de ar fresco no panorama de construção de uma saúde pública universal e da investigação nacional e internacional. Também parabênizo a todos(as) que apoiaram e ajudaram na realização desse congresso, tornando-o possível. Esse evento não seria factível sem a união e esforço de cada um(a) que contribuiu para o sucesso deste grande Congresso.

**Prof. Doutor Ramon Missias-Moreira**  
**Presidente do CINPSUS**  
**Coordenador do GIPEEF/UNIVASF/CNPq**

## SUMÁRIO

<b>PREFÁCIO – Profa. Doutora Maria Lúcia Silva Servo</b> .....	13
<b>CAPÍTULO 1 - CONCEPÇÕES ACERCA DA CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO SUS</b> .....	15
Mirian Cristina Ribas, Bruno Pedroso	
<b>CAPÍTULO 2 - 40 ANOS DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM PORTUGAL</b> .....	30
Carlos Franclim Silva, Daniel Beirão, Paulo Santos	
<b>CAPÍTULO 3 - VIGILÂNCIA EM SAÚDE E COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	49
Waldemberg Miguel Silva, Samara Mendes de Sousa, Ramon Missias-Moreira	
<b>CAPÍTULO 4 - REFLEXÕES SOBRE A REGIONALIZAÇÃO COMO GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b> .....	65
Antonio Flavio Archangelo Júnior	
<b>CAPÍTULO 5 - A IMPLANTAÇÃO DA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO DO SUS SERGIPE</b> .....	75
Erik Vinícius Barros Guedes	
<b>CAPÍTULO 6 - DIFERENÇAS REGIONAIS ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL SEGUNDO 3º CICLO DO PMAQ-AB</b> .....	89
Muriel Stein Pezzini, Angela Israel Graeff Borges Capelete, Ana Flávia Redolfi Oliota, Maria Lucia Frizon Rissotto	
<b>CAPÍTULO 7 - APLICAÇÃO DA ABORDAGEM BASEADA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ATENDIMENTO NUTRICIONAL AMBULATORIAL NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE</b> .....	103
Janiele Silva de Azevedo, Renata Samali Dantas de Sousa, Renatha Celiana da Silva Brito	
<b>CAPÍTULO 8 - PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA</b> .....	116
Nayara Cristine Protte de Paula, Larissa de Castro Marção Ferreira, Magali Carla Cordeiro, Pâmela Soares Oliveira, Rodrigo de Paiva Souza, Daniel Jackson Gonçalves de Carvalho	

**CAPÍTULO 9 - A GESTÃO COMPARTILHADA DOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR-BA: UMA REFLEXÃO SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS .....129**

Grace Fátima Souza Rosa, João André Santos de Oliveira

**CAPÍTULO 10 - IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA SUS .....145**

Thaynara Amaral Leite, Thaíse Costa de Melo, Eliene Abrantes

**CAPÍTULO 11 - TENDÊNCIA DA PROPORÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE TRATADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA .....161**

Isabela de Caux Bueno, Eyleen Nabyla Alvarenga Niitsuma, Daniele dos Santos Lages, Bárbara Malaman Kerr, Rayssa Nogueira Rodrigues Machado, Francisco Carlos Félix Lana

**CAPÍTULO 12 - SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: DA GÊNESE AO RECONHECIMENTO COMO CATEGORIA PROFISSIONAL .....177**

Jobson Jorge da Silva, Ericaely Larissa Lopes de Araújo, Débora Renata dos Santos Silva

**CAPÍTULO 13 - DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME.....191**

Madlene de Oliveira Souza, Evanilda Souza de Santana Carvalho, Silvone Santa Bárbara da Silva

**CAPÍTULO 14 - ANÁLISE DOS GASTOS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR TUBERCULOSE NA BAHIA ENTRE 2011 E 2020 .....205**

Mariana Gomes de Cerqueira Ribeiro, Raulene Gomes da Silva Santos, Tays Lasse dos Reis Santana, Maísa Mônica Flores Martins

**CAPÍTULO 15 - O TELEMONITORAMENTO DOS CASOS COVID-19 PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA .....221**

Isabela Santos Sousa, Rafael Brandão da Silva, Welbi Pereira Rocha, Verena Ferreira Lopes, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Vitória Solange Coelho Ferreira

**CAPÍTULO 16 - A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE: IMPORTÂNCIA DA ABORDAGEM INTERDISCIPLINAR COM OS ATORES ENVOLVIDOS NESTE PROCESSO .....236**

Zilda Cristina dos Santos, Agnaldo de Sousa Barbosa

<b>CAPÍTULO 17 - ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS, BRASIL.....</b>	<b>251</b>
Rosângela Barbiani, Betina Berlitz, Taiana Beltrame Miguel, Glenda Sabio Garcia, Mariana Ramalho Rodrigues, Rosana Menezes	
<b>CAPÍTULO 18 - PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO MEIO DE CONTINUIDADE DO CUIDADO À PACIENTES CARDÍACOS USUÁRIOS DO SUS .....</b>	<b>267</b>
Mayara Cassimira de Souza, Jaqueline Teresinha Ferreira	
<b>CAPÍTULO 19 - PERSPECTIVAS SOBRE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN GUATEMALA .....</b>	<b>284</b>
Cristian David Osorio Figueroa, Ernestina Tecú	
<b>CAPÍTULO 20 - ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM ESTUDO DA REDE DE RIO CLARO/SP .....</b>	<b>305</b>
Cacilda Peixoto, Renata Bellenzani, Luciana Nogueira Fioroni, Elton Gean Araújo, Bernardino Geraldo Alves Souto	
<b>CAPÍTULO 21 - A PANDEMIA POR COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA: O CASO DAS ETNIAS CEARENSES .....</b>	<b>321</b>
Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas, Eliane Mara Viana Henriques, Iatiane Viana de Freitas Lemos, Andrea Caprara	
<b>CAPÍTULO 22 - INTERFACE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL .....</b>	<b>338</b>
Verena Caldas Velame, Maria Aparecida Caldas de Oliveira, Rose Manuela Marta Santos	
<b>CAPÍTULO 23 - A MEMÓRIA SOCIAL DA AIDS – DA MORTE À CRONICIDADE .....</b>	<b>354</b>
Luiz Carlos Moraes França, Antônio Marcos Tosoli Gomes, Virginia Paiva Figueiredo Nogueira, Pablo Luiz Santos Couto, Juliana Rodrigues Da Silva Gomes, Larissa Alves Moura de Moraes	
<b>CAPÍTULO 24 - NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ARTICULAÇÃO DE REDE: PROCESSOS DE COGESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.....</b>	<b>366</b>
Gabriela Radin Piesanti, Júlia de Mattos, Marina Caravaggio, Pâmela Kurtz Cezar, Vânia Olivo	

<b>CAPÍTULO 25 - CONFLITOS ÉTICOS NA PERCEPÇÃO DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.....</b>	<b>379</b>
Íris Cristy da Silva e Silva, Marluce Alves Nunes Oliveira, Elaine Guedes Fontoura, Déborah de Oliveira Souza, Analu Sousa de Oliveira, Ayla Melo Cerqueira	
<b>CAPÍTULO 26 - O CUSTO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO INICIAL E AVANÇADO E O RASTREIO PARA O SUS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA.....</b>	<b>397</b>
Zhandra Gramigna Giampietro, Clara Sestelo do Bomfim, Luiz Felipe Façanha Ramos, Luane Magalhães Pinheiro, Amanda Alves Fecury	
<b>CAPÍTULO 27 - POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: UMA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL EM UM MUNICÍPIO BAIANO.....</b>	<b>411</b>
Camila de Jesus França, Vitória Solange Coelho Ferreira, Poliana Cardoso Martins	
<b>CAPÍTULO 28 - O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19, A PARTIR DA ANÁLISE DE DOCUMENTOS OFICIAIS .....</b>	<b>427</b>
Camila de Jesus França, Cristiane Abdon Nunes, Nília Maria de Brito Lima Prado	
<b>CAPÍTULO 29 - CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO E SUA RELAÇÃO COM A DISSEMINAÇÃO DA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DO BRASIL E DE MOÇAMBIQUE.....</b>	<b>442</b>
Deise Pereira Gonçalves Santos, Debora Pereira Gonçalves Santos, José Celestino Lyavila, Diele Gonçalves Santos, Natalino Manuel Rapieque, Abudo Gastão	
<b>CAPÍTULO 30 - MATERNIDADE EM TEMPOS DE COVID-19: APRESENTAÇÃO DE CARTILHA INFORMATIVA PARA GESTANTES E MÃES .....</b>	<b>456</b>
Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim, Erika da Silva Dittz, Livia C. Magalhães	
<b>CAPÍTULO 31 - TERRITÓRIO SOB A PERSPECTIVA DE UM ESTUDANTE DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>478</b>
Pedro Vargas da Palma, Amanda Vargas Pereira	
<b>CAPÍTULO 32 - DEMOCRACIA INDIGESTA: POR QUE A CIDADANIA E OS DIREITOS SOCIAIS SÃO ABANDONADOS EM TEMPOS DE COVID-19 .....</b>	<b>494</b>
Jairo de Carvalho Guimarães	
<b>CAPÍTULO 33 - DESAFIOS À GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS .....</b>	<b>511</b>
Silvio Almeida Ferreira, Geovana Lima Pereira	



<b>CAPÍTULO 34 - SAÚDE DA MULHER NEGRA DO QUILOMBO MURUMURU EM SANTARÉM, PARÁ .....</b>	<b>524</b>
Geovana Lima Pereira, Silvio Almeida Ferreira, Heloisa do Nascimento de Moura Meneses	
<b>CAPÍTULO 35 - A ARQUITETURA DA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À MULHER PARTURIENTE EM CUBA.....</b>	<b>540</b>
Betty Berlanga, Livia Diana R. Magalhães	
<b>CAPÍTULO 36 - O RETORNO DO BRASIL AO MAPA DA FOME.....</b>	<b>553</b>
Barbara Suelem Santana Gonçalves Soares, Carla Maria Lima Santos e Suélem Maria Santana Pinheiro Ferreira	
<b>CAPÍTULO 37 - CONSELHOS DE SAÚDE: QUALIDADE E EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....</b>	<b>568</b>
Maria Virgínia Pires Miranda, Ramon Missias-Moreira, Edvânia Barbosa da Luz Martins, Aline Araújo Mascarenhas, Michelle Christini Araújo Vieira	
<b>SOBRE OS ORGANIZADORES .....</b>	<b>584</b>

## PREFÁCIO

Uma honra prefaciá-la esta obra originada do I Congresso Internacional Interdisciplinar Sobre Políticas Públicas de Saúde (CINPSUS), realizado pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) através do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF) com o tema "Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" realizado nos dias 18 e 19 de junho de 2021.

Obra organizada por Ramon Missias-Moreira e Cristina Carvalho Mesquita, composta por 37 capítulos, escritos por docentes e profissionais da área da Saúde Pública, de Instituições Nacionais (Universidade Estadual de Feira de Santana, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Universidade Estadual do Paraná, Universidade Católica de Petrópolis, Universidade de Ribeirão Preto) e Instituições internacionais (Red Internacional en Salud Colectiva y Salud Intercultural- REDSACSIC, México; Faculdade de Medicina e Faculdade de Desporto da Universidad de Porto, Instituto Politécnico do Porto e Politécnico de Leiria- Portugal; e Universidad de Castilla- La Mancha-Espanha) fruto do conhecimento, das experiências e reflexões das práticas vivenciadas.

Percorrer o índice da coletânea de textos em International Handbook For The Advancement Of Public Health Policies - Health Policy, Planning and Management Volume 1 observa-se temáticas, que em si mesmas são significativas de pluralidade das abordagens e das perspectivas presentes no cotidiano dos trabalhadores da Saúde nos mais diversos contextos da Saúde Pública.

Trata-se de uma obra pensada, concebida e elaborada no contexto da pandemia da COVID-19. Os textos foram escritos neste cenário atípico, incerto e assustador de pandemia em que o adoecimento causado pelo novo coronavírus (COVID-19) é um grave problema de saúde pública mundial, que acarreta crise sanitária, social, epidemiológica, econômica e emocional. É transmitida pelo Sars-CoV-2, que tem se propagado de forma devastadora, causando impactos na sociedade, relacionada a alta transmissibilidade do vírus e elevada mortalidade.

Um cenário em que foram estabelecidas medidas de distanciamento social como estratégia essencial para redução da curva da pandemia, visando a proteção dos indivíduos do contato com o vírus, a sistematização de informações e disponibilidade de infraestrutura tecnológica de assistência.

A pandemia da COVID-19 abarca situações emergenciais de saúde pública ao tempo que evidencia o papel fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS) para a sua contenção, expõe as fragilidades estruturais do sistema, das leis e das normas que asseguram a saúde e segurança do trabalhador, somadas às demandas do serviço além de mudanças drásticas nas formas de trabalhar. Esse contexto de excepcionalidade exigiu e exige das instituições mudanças no processo gerencial e de assistência, que vem impactar efetivamente no desenvolvimento do processo de trabalho, requerendo novas formas de fazer/agir dos profissionais da Saúde Pública, mudanças de protocolos, adaptação dos trabalhadores a esse cenário, a ambientes virtuais, treinamento, qualificação, infraestrutura e reflexão sobre o impacto dessa epidemia no processo de trabalho em saúde em suas diferentes dimensões.

Os vários capítulos deste livro apresentam temáticas diversas e importantes para a dinâmica das políticas e práticas da Saúde Pública, que dão visibilidade a articulação na produção do conhecimento no cenário internacional e nacional e proporcionam o reconhecimento da potência do trabalho colaborativo e integrado em rede-equipes para o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde, a exemplo de sistemas e políticas de saúde no Brasil, Espanha, México, Portugal e Itália, relacionando conhecimentos teórico-

práticos, saberes/fazer, com alternativas que possibilitem o desenvolvimento técnico, científico, gerencial, assistencial, ético e político.

Nesta perspectiva, destacamos: 40 anos de desenvolvimento dos cuidados de saúde primários em Portugal; diferenças regionais entre equipes de atenção básica do Brasil segundo 3º ciclo do PMAQ-AB; processo de territorialização como ferramenta para o planejamento em saúde na atenção primária: um relato de experiência concepções acerca da criação e evolução do SUS; o telemonitoramento dos casos covid-19 pela atenção primária à saúde: uma revisão integrativa; a judicialização da saúde: importância da abordagem interdisciplinar com os atores envolvidos neste processo; perspectivas sobre la producción científica em políticas, planificación y gestión en Guatemala; a pandemia por covid-19 na população indígena: o caso das etnias; interface das políticas públicas de saúde e os objetivos do desenvolvimento sustentável; democracia indigesta: por que a cidadania e os direitos sociais são abandonados em tempos de covid-19; desafios à garantia do direito à saúde das populações do campo, da floresta e das águas; saúde da mulher negra do quilombo Murumuru em Santarém, Pará; a arquitetura da política pública de atenção à mulher parturiente em Cuba; e o retorno do Brasil ao mapa da fome.

A obra insere-se na complexidade contemporânea, preserva os pontos de vistas e dá voz aos atores sociais que vivem/viveram o cotidiano dos fatos e dos acontecimentos, abarca significados diversos, múltiplo e multiplicado, coletivo, plural, individualizado e relativo e contribui para a criação de alternativas coletivas às formas de fazer a Saúde Pública. Apreende-se que as temáticas além de traduzirem os postulados teóricos da Saúde Pública, abordam as experiências acadêmicas, assistenciais e gerenciais, a tensão dos desafios, a reconfiguração do trabalho e a resiliência dos sujeitos sociais envolvidos.

Certamente que a leitura dessa obra irá proporcionar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, responsabilidade e prática humanizada aos leitores, para assegurar a competência gerencial, técnica, ética e política nos diferentes cenários de saúde.

Esse trabalho pode ser fonte de inspiração para o leitor. Os organizadores e autores buscam compartilhar o conhecimento, as experiências advindas de estudos, pesquisas, reflexões e das práticas da Saúde Pública com a clareza de que todo conhecimento é inacabado e de que nada fazemos e construímos sozinhas, reafirmando o entendimento de que “as pessoas são pessoas através de outras pessoas”. Registro meu convite para leitura e disseminação do conteúdo deste livro na certeza de que, por mais que haja desafios no caminho, sempre haverá alternativas para se trilhar e dar continuidade ao desenvolvimento de atitude, da competência gerencial, técnica e política e dos princípios éticos.

Feira de Santana, Bahia, Brasil, Primavera, outubro de 2021

**Profa. Doutora Maria Lúcia Silva Servo**

Professora Titular Plena da Universidade Estadual de Feira de Santana

Membro Titular da Academia de Educação de Feira de Santana



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## CONCEPÇÕES ACERCA DA CRIAÇÃO E EVOLUÇÃO DO SUS

Mirian Cristina Ribas<sup>1</sup>  
Bruno Pedroso<sup>2</sup>

**Resumo:** As diferentes formas de oferta do serviço público de saúde brasileiro revelam que o Estado privou parte significativa da população do direito ao acesso aos serviços e bens de saúde, em se tratando de um sistema excludente e segmentado. Nos anos de 1960 e 1970, não se tinha direito à assistência à saúde, uma vez que os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde de caráter universal estavam altamente centralizados no Ministério da Saúde e secretarias de saúde de estados e municípios. Esses segmentos atuavam principalmente na seara da vigilância à saúde em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária, ou ficavam à mercê de recursos provenientes de entidades religiosas ou filantrópicas. O presente estudo tem como objetivo refletir sobre a concepção e criação do SUS à luz da Constituição Federal vigente. A metodologia utilizada se constituiu em pesquisa de caráter dedutivo, interdisciplinar, sendo desenvolvida por meio de pesquisa bibliográfica, análise documental e legislativa. A partir dos delineamentos estabelecidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi aprovada a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada, com participação da população. Assim, o Estado foi chamado a assumir nova posição de garantidor e regulador dos serviços públicos. A assunção desta responsabilidade pública acaba por traduzir a busca pela satisfação das necessidades da coletividade e o compromisso com os fins constitucionais. O direito à vida, à saúde talvez sejam os primeiros direitos do homem, pois sem a vida, exaure-se qualquer discussão sobre outros direitos da pessoa, por isso, direito inviolável, no sentido de que surge como verdadeiro pré-requisito da existência dos demais direitos consagrados na Carta Magna. Daí decorre o dever estatal de adotar políticas públicas para prover e manter a vida do indivíduo, perpassando pelas ações de saúde, educação, segurança pública, lazer, bem como de condições econômicas adequadas, que também se traduzem na vida digna. Sob essa ótica, o direito à saúde não se restringe

<sup>1</sup> Doutoranda pelo Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Membro do Núcleo interdisciplinar de pesquisa em saúde (NIP'S) da Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Advogada, ribas.mi@hotmail.com.

<sup>2</sup> Professor do Departamento de Educação Física e do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais Aplicadas pela Universidade Estadual de Ponta Grossa, Paraná, Brasil. Líder do Grupo de Pesquisa Avaliação da Qualidade de Vida e Qualidade de Vida no Trabalho - Universidade Estadual de Ponta Grossa, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

apenas atendimento no hospital, em unidades básicas, implica também na garantia ampla de qualidade de vida em conjunto a outros direitos básicos como educação, lazer e cultura, segurança e saneamento básico. Os desafios a serem enfrentados no âmbito do SUS e nas ações de saúde para obtenção de maior eficiência na alocação de recursos e qualidades dos serviços prestados, vêm sendo construídos ao longo de décadas e implicam na participação da sociedade e consequente controle social na busca da preservação das conquistas e avanços já produzidos.

**Palavras-chave:** Saúde; Sistema Único de Saúde; Constituição; Políticas Públicas; Direito.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

As diferentes formas de oferta do serviço público de saúde brasileiro revelam que o Estado privou parte significativa da população do direito ao acesso aos serviços e bens de saúde, em se tratando de um sistema excludente e segmentado (PIOLA *et al.*, 2009).

Nos anos de 1960 e 1970, não se tinha direito à assistência à saúde, uma vez que os poucos recursos públicos disponíveis para a saúde de caráter universal estavam altamente centralizados no Ministério da Saúde e secretarias de saúde de estados e municípios. Esses segmentos atuavam principalmente na seara da vigilância à saúde em ações de controle de doenças transmissíveis e de vigilância sanitária, ou ficavam à mercê de recursos provenientes de entidades religiosas ou filantrópicas (PIOLA *et al.*, 2009; SANTOS, 2018).

Frente ao exposto, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre a concepção e criação do SUS à luz da Constituição Federal vigente.

## Referencial teórico

Para compreensão acerca das raízes do SUS, é necessário adentrar o contexto de 1970, fase da Ditadura Militar, em que houve uma massiva migração populacional para as periferias urbanas e se intensificou a tensão social e concentração de renda. As respostas estatais à conjuntura daquela época se concentraram nas Prefeituras municipais com a elevação da



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

oferta de serviços sociais básicos, mínimos e precários. No final da década de 1970, dezenas de municípios em seus respectivos territórios haviam constituído Unidades Básicas e acumulavam experiências de atenção integral e equitativa no campo da saúde (SANTOS, 2018).

Nesse período havia certa inquietação Estatal com os gastos crescentes na saúde, em um cenário de crise econômica que conjecturam a falência do modelo utilizado, considerando o grande contingente de trabalhadores no sistema e a má distribuição de recursos. Nesse período, o movimento da Reforma Sanitária nasceu em meio a conjuntura da luta contra a ditadura, permeando um conjunto de necessárias mudanças e transformações na área da saúde; tais mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde em busca da melhoria das condições de vida da população (LUZ, 1991).

Em 1981 foi criado o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), que elaborou um novo plano de reorientação da Assistência Médica, com o propósito de melhorar a qualidade do atendimento de saúde, fazendo modificações no modelo privatizante, descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial. A reestruturação do país em direção a um estado de direito desenvolveu-se de maneira conflituosa e morosa; a partir das eleições de 1982, período em que as negociações entre as forças políticas mais conservadoras permeiam a busca da abertura democrática (FRANÇA, 1998).

Sob esta ótica, o país vivenciou uma crise econômica patente, momento em que se iniciam as políticas racionalizadoras na saúde e as mudanças incipientes com o CONASP e o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS), que tinham como objetivo integrar os serviços que prestavam assistência à saúde da população de uma região. Assim, os governos estaduais, por meio de convênios com o MS e a Previdência Social, recebiam recursos para executar o programa, sendo que as prefeituras participavam da adesão formal ao convênio.





# **I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS**

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Este é um momento tumultuado na saúde, tendo em vista a quebra de hegemonia do modelo anterior (CUNHA; CUNHA, 1998).

Nas referidas ações, havia a concepção de integração da saúde pública com a assistência médica individual; destarte, encontrava interesses contrários à sua concretização nos grupos médicos privados e na destoante burocracia do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Contudo, no governo da Nova República, ocorreu o fortalecimento das AIS na qual passava pela valorização das instâncias de gestão colegiada, com participação de usuários dos serviços de saúde (RODRIGUEZ NETO, 1998).

No ano de 1986, Brasília foi cenário da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação do governo, usuários, prestadores de serviços de saúde e trabalhadores, efetivando-se como um marco na formulação das propostas de mudança do setor saúde, alicerçadas na Reforma Sanitária Brasileira. Em 1988, a Assembleia Nacional Constituinte (ANC) aprovou a nova CF, inserindo na ocasião, uma seção sobre a saúde (CUNHA; CUNHA, 1998).

A partir dos delineamentos estabelecidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi aprovada a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população. Na ocasião foram estabelecidas normas e diretrizes que orientaram os aspectos relacionados à organização do novo sistema de saúde e às propostas da Reforma Sanitária resultaram na universalidade do direito à saúde, refletido na CF de 1988 (FINKELMAN, 2002; FARIA, 2003; SOUZA, 2003).

Assim, o Estado foi chamado a assumir nova posição de garantidor e regulador dos serviços públicos. A assunção desta responsabilidade pública acaba por traduzir a busca pela satisfação das necessidades fundamentais da coletividade e o compromisso com os fins constitucionais. Por conseguinte, no texto constitucional ficam estabelecidos como direitos





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, e a proteção à maternidade e à infância, garantidos mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988; OLIVEIRA, 2016).

Ao Estado incumbe garantir o direito à vida uma vez que são garantias elencadas sob uma definição de Estado Democrático de Direito, apresentadas como exigência de reger-se por normas democráticas, com eleições livres, periódicas e pelo povo, bem como o respeito das autoridades públicas aos direitos e às garantias fundamentais normatizados. Nessa perspectiva, uma constituição material legítima, rígida, emanada da vontade do povo, munida de supremacia e que vincule todos os poderes com a realização da democracia, da política social, econômica e cultural, com a consequente promoção da justiça (MORAES, 2000).

O SUS, concebido então pela CF de 1988 e regulamentado dois anos depois pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema. Ou seja, formado pelos três níveis de Governo (União, estados e municípios), e pelo setor privado contratado e conveniado. Nesse passo, o serviço privado, quando é contratado pelo SUS, se utiliza das mesmas normas do serviço público e deve assim atuar nos ditames deste serviço (BRASIL, 1998; BRASIL, 1990).

As referidas leis ordinárias chamadas de Leis Orgânicas de Saúde (LOS) apresentam regras a fim de orientar a organização, planejamento e execução no monitoramento dos serviços de saúde nas esferas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 2007).

Nesse contexto, o direito à saúde é garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação. Entretanto, este direito não se restringe apenas ao atendimento no hospital, em unidades básicas ou mesmo no acesso a serviços que tenham como basilar o direito fundamental, implica, também, na garantia ampla



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

de qualidade de vida em conjunto a outros direitos básicos como educação, lazer e cultura, segurança e saneamento básico. Assim, a saúde passou a ser promovida e a prevenção dos agravos a fazer parte do planejamento das políticas públicas (BRASIL, 1988).

O SUS ampliou a assistência à coletividade em se tratando de saúde, de maneira a possibilitar acesso aos serviços e às ações assistenciais, norteado pelos princípios e diretrizes (REIS, 2003). Salienta-se que a participação popular se destaca de grande importância política e social considerando a garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. Além disso, denota-se o controle social no que se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação governamental (ARANTES et al., 2007).

A solidificação do SUS a partir CF de 1988, em especial no artigo 198, promoveu a descentralização/regionalização, estipulou a universalização do acesso, bem como a integração com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais. Nessa toada, as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde apresentam-se estruturalmente mais adequadas reduzindo, também, os custos dos serviços por externar uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos encartados (SILVA, 2011).

A descentralização pode ser compreendida como a redistribuição das responsabilidades quanto às ações e aos serviços de saúde entre os vários níveis de governo, de modo que as decisões sejam tomadas em escala mais próxima à luz da realidade populacional, ou seja, grande parte das ações em saúde ficaram sob a responsabilidade municipal. Na Regionalização, a ideia central é que a população tenha acesso a todas as modalidades de assistência diante da organização dos serviços do SUS, em níveis de complexidade tecnológica crescente e dispostos em área geográfica delimitada. Em se tratando de Hierarquização, remete à forma de acesso dos indivíduos aos serviços do SUS, que deve dar-se, inicialmente, por meio dos serviços a nível primário de atenção, bem como



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

estes devem ser capazes de atender e resolver a maioria das demandas dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A integralidade sob o viés vertical implica na busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, a fim de captar holisticamente o que pode beneficiar a saúde à luz dos diferentes pontos do sistema. Outro ponto é a integralidade horizontal, onde se evidencia as necessidades dos usuários que não são obtidas a partir de um único contato com o sistema de saúde, necessitando de outros contatos com diferentes unidades e serviços. Já a intersetorialidade pressupõe que as redes de atenção à saúde devem incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença (MATTOS, 2006; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006).

O princípio da universalidade de atendimento retrata a garantia da gratuidade de atendimento no uso dos serviços de saúde sem qualquer restrição, evidenciando as ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL, 2006a). O princípio da integralidade enfatiza que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas, ainda que minoritários em relação ao total da população. Este princípio remete ao da autonomia, que assegura que a cada qual será dado de acordo com suas necessidades, inclusive no que diz respeito aos níveis de complexidade diferenciados (SILVA, 2010).

A equidade também é um dos princípios doutrinários do SUS, o qual assegura que todo cidadão deve ser atendido conforme suas necessidades, reconhecer as diferenças nas condições de vida e saúde, considerando que o direito à saúde perpassa pelas diferenciações sociais e deve atender a diversidade (BRASIL, 1990).

No que diz respeito às competências, as comuns entre os entes federativos para cuidar da saúde, consta no artigo 23, II, da CF, ou seja, União, estados, Distrito Federal (DF) e municípios são responsáveis solidários pela saúde junto à coletividade e ao cidadão, desse modo, são partes legítimas nas demandas judiciais com pedidos por bens e serviços de saúde



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

(BRASIL, 1988). A divisão de competências impõe ao MS a responsabilidade de conduzir o SUS em nível nacional, por meio de planejamento, controle e assistência. Também estão sob a sua coordenação os serviços assistenciais de alta complexidade, redes nacionais de laboratórios, de sangue e hemoderivados em nível nacional e a missão exclusiva de regulação dos planos de saúde (BRASIL, 2006a).

Assim, a CF de 1988 determina que as três esferas de governo no âmbito federal, estadual e municipal financiem o SUS, gerando receita para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde. Planejar este financiamento, promovendo arrecadação e repasse essencial a garantir a universalidade e integralidade do sistema, tem se mostrado, no entanto, uma questão bem delicada. As restrições orçamentárias para o referido setor, bem como a falta de recursos nos municípios e a necessidade iminente de superá-las, tornam frequentes as discussões acerca do financiamento na agenda dos movimentos sociais e políticos que atuam em defesa do SUS (BRASIL, 1988; BRASIL, 2006a).

Em se tratando da Secretaria de Estado, está designada para organizar uma rede regionalizada e hierarquizada de serviços, cujo funcionamento deve controlar e avaliar. Ainda é prevista a coordenação dos serviços assistenciais de alta complexidade, laboratórios de saúde pública e hemocentros sob a sua responsabilidade (FINKELMAN, 2002). Já às Secretarias Municipais é concedido o papel de protagonista, confiados o seu planejamento, organização, execução e serviços de saúde, controle e avaliação, bem como a gestão dos laboratórios públicos de saúde e dos hemocentros.

O poder municipal também é exercido na celebração de contratos e convênios (FINKELMAN, 2002). Assim, o fato do SUS ter descentralizado seus serviços reforça a obrigação solidária e subsidiária entre os entes federativos. Os percentuais de investimento das três esferas governamentais no SUS são definidos pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Por esta lei, municípios e DF devem aplicar anualmente, no mínimo, 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

12%. Em relação à União, o montante aplicado deve corresponder ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido do percentual relativo à variação do Produto Interno Bruto (PIB) do ano antecedente ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012).

Nesse contexto de superação de problemas técnicos, políticos e administrativos na gestão do SUS, foi aprovado, pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) o Pacto pela Saúde, o qual envolve o compromisso de ampliar a mobilização popular e o movimento em defesa do SUS. O aludido Pacto apresenta três elementos basilares: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

Conforme estabelecido, o Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS com as prioridades estabelecidas a partir de metas nacionais, estaduais ou municipais, que impactam na situação de saúde da população brasileira. No tocante às prioridades, são divididas em seis eixos: saúde do idoso, controle de câncer de colo de útero e de mama, redução da mortalidade infantil e materna, fortalecimento de capacitação de respostas às doenças emergentes e endemias como a dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza, a promoção da saúde e o fortalecimento da atenção básica (BRASIL, 2006b).

O Pacto em Defesa do SUS tem o compromisso com o desenvolvimento e a articulação de ações que visem a qualificar e a assegurar o SUS como política pública por meio de seus gestores. Com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, por meio da construção coparticipativa com a inserção da população no controle social e a transparência de seu processo de fiscalização, conduz para a construção no processo decisório em saúde (BRASIL, 2006b).

Já o Pacto de Gestão do SUS determina as diretrizes para a gestão do sistema no que tange aos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde. Destarte, o referido pacto colabora com a busca da equidade social na



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

saúde, tendo em vista que é uma alternativa real visando melhorias, avanços e qualidade nas ações e serviços de saúde no país (BRASIL, 2006b).

Portanto, hodiernamente o pacto pela saúde constitui uma evolução em se tratando das ações do SUS, haja vista que orienta as condutas inerentes à equidade social. Assim, esta política intimamente relacionada à transposição dos entraves em cada nível de gestão, sejam técnicos ou operacionais, condiz a uma realidade altamente viável à otimização das práticas inerentes à saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006b).

No campo político, visa à pactuação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) por meio de realidade de ações e serviços de saúde dos estados e municípios, assim como o fortalecimento da atenção básica mediante o apoio instituído aos diferentes modos de organização e sua consolidação em grandes centros, respeitando suas diferenças regionais. Já o financiamento e a infraestrutura garantem o funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS) a partir de recursos oriundos das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006b).

## **Método**

A metodologia utilizada se constituiu em pesquisa de natureza básica, exploratória quanto aos objetivos, qualitativa quanto à forma de abordagem do problema, e documental quanto aos procedimentos técnicos.

## **Resultados e discussão**

A partir dos delineamentos estabelecidos pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foi aprovada a criação do SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado. A assunção desta responsabilidade pública acaba por traduzir a busca pela satisfação das necessidades da coletividade e o compromisso com os fins constitucionais.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

O teor constitucional no que se refere à concepção do SUS demonstra a formulação de um modelo de saúde envolvido nas necessidades dos indivíduos, buscando resgatar o compromisso do estado para com o bem-estar social, em atenção aos direitos da cidadania (BRASIL, 1988). Para Kerstenetzky e Kerstenetzky (2015), democracias tornaram o Estado do bem-estar mais responsivo quando associado aos regimes democráticos, este pode proporcionar o que a maioria dos eleitores escolheu como prioridades do desenvolvimento. Estados de bem-estar podem contribuir para aprofundar democracias: intervenções de promoção de igualdade aumentam o valor das liberdades políticas para os menos favorecidos e mecanismos de negociação e participação as tornam mais diretas e representativas.

A CF de 1988 introduziu uma noção de seguridade social como expressão dos direitos sociais integrando saúde, previdência e assistência à luz da cidadania, o que refletia o momento político pelo qual passava a sociedade, recém saída de uma Ditadura Militar que não considerava a cidadania um princípio de Governo. Em toda a história da República, é a primeira vez que os brasileiros podem comemorar um período tão longo de vigência de um texto constitucional (POLIGNANO, 2015).

Para Tavares (2008) o direito à vida talvez seja o primeiro direito do homem, pois sem a vida, exaure-se qualquer discussão sobre outros direitos da pessoa, por isso, diz-se direito inviolável, no sentido de que surge como verdadeiro pré-requisito da existência dos demais direitos consagrados no texto constitucional. Daí decorre o dever estatal de adotar políticas públicas para prover e manter a vida do indivíduo, perpassando pelas ações de saúde, educação, segurança pública, lazer, bem como de condições econômicas adequadas, que também se traduzem na vida digna.

Hodiernamente o SUS é reconhecido e âmbito mundial como modelo de ações em saúde por várias de suas inovações (prevenção, cobertura universal, campanhas de vacinação, erradicação de doenças, política de combate à Aids, articulação em níveis distintos de complexidade, pesquisa pública em saúde, dentre outras especificidades (PEREIRA, 2019).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Considerações finais

O direito à vida, à saúde talvez sejam os primeiros direitos do homem, pois sem a vida, exaure-se qualquer discussão sobre outros direitos da pessoa, por isso, direito inviolável, no sentido de que surge como verdadeiro pré-requisito da existência dos demais direitos consagrados na Carta Magna. Daí decorre o dever estatal de adotar políticas públicas para prover e manter a vida do indivíduo, perpassando pelas ações de saúde, educação, segurança pública, lazer, bem como de condições econômicas adequadas, que também se traduzem na vida digna.

Portanto, o direito à saúde não se restringe apenas ao atendimento no hospital, em unidades básicas, implica também na garantia ampla de qualidade de vida em conjunto a outros direitos básicos como educação, lazer e cultura, segurança e saneamento básico. Os desafios a serem enfrentados no âmbito do SUS e nas ações de saúde para obtenção de maior eficiência na alocação de recursos e qualidades dos serviços prestados, vêm sendo construídos ao longo de décadas e implicam na participação da sociedade e conseqüente controle social na busca da preservação das conquistas e avanços já produzidos.

## Referências

ARANTES, C. I. S. *et al.* O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-8, 2007.

BRASIL. **Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.** Brasília (DF), 2012. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp141.htm). 2012. Acesso em 26 jul. 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Supremo Tribunal Federal. **Recurso Extraordinário 566.471/RN**. Recorrente: Estado do Rio Grande do Norte. Recorrida: Carmelita Anunciada de Souza. j. 15/11/2007. Relator Ministro Marco Aurélio, em 07/12/2007. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=113461>> Acesso em 15 de set de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 2006b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399\\_22\\_02\\_2006.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html)>. Acesso em 15 jan. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm)>. Acesso em: 07 jan. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília (DF), 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 10 ago. 2019.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M.; TONON, L. M. Cadernos de Saúde. **Planejamento e gestão em saúde**. Belo Horizonte: Coopmed, 1998.

FARIA, C. A. P. Ideias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FRANÇA, S. B. A presença do estado no setor saúde no Brasil. **Revista do Serviço Público**, v. 49, n. 3, p. 85-100, 1998.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

KERSTENETZKY, C. L.; KERSTENETZKY, J. O estado (de bem-estar social) como ator do desenvolvimento: uma história das ideias. **Dados**, v. 58, n. 3, p. 581-615, 2015.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" – anos 80. **Physis**, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas de saúde, com integralidade, em sistemas privado-dependentes**: a experiência de Belo Horizonte 2006. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, 2006.

MORAES, A. **Jurisdição constitucional e tribunais constitucionais**. São Paulo: Atlas, 2000.

OLIVEIRA, P. O Estado Regulador e Garantidor em tempos de crise e o Direito Administrativo da Regulação. **Revista Digital De Direito Administrativo**, v. 3, n. 1, p. 163-83, 2016.

PEREIRA, G. O. **Fundo Público e crise do capital**: expropriação e flexibilização dos direitos dos servidores públicos. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

PIOLA, S. F. et al. **Gasto tributário e conflito distributivo na saúde**. Políticas sociais: acompanhamento e análise, n. 17, v. 1, cap. 3. Brasília: Ipea, 2009.

POLIGNANO, M. V. **Histórias das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2015. Disponível em: <http://medicinadeemergencia.org/wp-content/uploads/2015/04/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-16-030112-SES-MT.pdf>. Acesso em 18 ago. 2020.

REIS, E. P. Reflexões legais para a formulação de uma agenda de pesquisa em políticas públicas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 18, n. 51, p. 21-30, 2003.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Saúde. **Incentivo à participação popular e controle social no SUS**: textos para conselheiros de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 7-17, 1998.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1729-36, 2018.

SILVA, R. A. D. **Direito fundamental à saúde**: o dilema entre o mínimo existencial e a reserva do possível. Belo Horizonte: Fórum, 2010.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p.2753-62, 2011.

SOUZA, C. Políticas Públicas: questões temáticas e de pesquisa. **Caderno CRH**, n. 39, p. 11-24, 2003.

TAVARES, A. R. **Curso de direito constitucional**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2008.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

40 ANOS DE DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS EM  
PORTUGAL

Carlos Franclim Silva<sup>1</sup>  
Daniel Beirão<sup>2</sup>  
Paulo Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** A ideia de uma responsabilidade social perante a saúde é muito antiga e deriva mesmo do código de valores hipocrático. A forma como foi sendo operacionalizada ao longo dos tempos correspondeu ao significado que as sociedades foram dando ao combate às doenças e à saúde. Em Portugal, o papel do Estado na saúde foi acompanhando a evolução da sociedade. Só após a revolução do 25 de abril de 1974 e a implementação de um sistema democrático vimos criadas as condições para a criação de um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde de tipo Beveridgiano, financiado por orçamento público, e baseado numa rede de Cuidados de Saúde Primários, que garanta a acessibilidade, a globalidade e a continuidade de cuidados, numa perspetiva de equidade social. Neste capítulo fazemos uma reflexão crítica sobre a história deste serviço pelo olhar dos Cuidados de Saúde Primários, procurando na sua evolução colher ensinamentos para o futuro. A ideia de saúde como investimento é central, mas um investimento inteligente orientado a resultados específicos, mensuráveis, alcançáveis, realísticos, oportunos e consensualizados, a nível local, regional e nacional, que permita colocar a pessoa no verdadeiro centro do sistema de saúde e contribuir para que maximize o seu próprio potencial de saúde ao longo da vida.

---

<sup>1</sup> Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. Estudante de doutoramento em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (U.Porto), Portugal. Assistente convidado do Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da U.Porto. Pesquisador no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviço de Saúde - CINTESIS da Universidade do Porto, Portugal. Email: danielbeirao@med.up.pt

<sup>2</sup> Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. Estudante de doutoramento em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (U.Porto), Portugal. Assistente convidado do Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da U.Porto. Pesquisador no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviço de Saúde - CINTESIS da Universidade do Porto, Portugal.

<sup>3</sup> Médico especialista em Medicina Geral e Familiar. Doutor em Investigação Clínica e em Serviços de Saúde pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (U.Porto), Portugal. Professor Auxiliar do Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da U.Porto. Pesquisador Sênior no Centro de Investigação em Tecnologias e Serviço de Saúde - CINTESIS da Universidade do Porto. Presidente do Colégio de especialidade de Medicina Geral e Familiar da Ordem dos Médicos de Portugal





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Palavras-chave:** Serviço Nacional de Saúde; Cuidados de Saúde Primários; Planeamento em saúde; Eficiência organizacional; Contratualização em saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planeamento e Gestão em Saúde

## Introdução

Remonta ao início do século XX a primeira tentativa de organização dos serviços de saúde e beneficência pública em Portugal, pela mão do Professor Ricardo Jorge, Inspetor-Geral de Saúde desde 1899, ainda que muito marcada pela necessidade de combate às doenças infectocontagiosas que dominavam a morbilidade e mortalidade do país à época. Retomando o espírito das reformas de Passos Manuel de 1837, o Estado percebe a responsabilidade que tem na promoção da saúde e no tratamento dos doentes e assume a organização dos serviços nesse sentido. No entanto, dada a instabilidade da queda da monarquia, da implantação da primeira república, do golpe militar de 1926, da instauração do Estado Novo e das duas guerras mundiais pouco se avançou nos anos seguintes. No dealbar da 2.<sup>a</sup> Grande Guerra, Portugal apresentava uma situação de grande debilidade sanitária e, em 1945-46, o Governo fez publicar um conjunto legislativo que estabelecia a organização dos serviços prestadores de cuidados de saúde então existentes (Decreto-Lei n.º 35108, de 7 de novembro de 1945).

Lançou a base para uma rede hospitalar, na altura praticamente dependente das ordens religiosas e das misericórdias, e criou os institutos dedicados a problemas de saúde pública específicos, como a tuberculose e a saúde materna (reforma de Trigo de Negreiros), abrindo as portas a uma verdadeira reformulação dos serviços de saúde. A responsabilidade social do estado englobava sobretudo a estrutura da Saúde Pública e deixava aos privados a assistência individual. A cobertura médica era garantida no âmbito do trabalho com uma cotização específica para as respetivas Caixas de Previdência, entretanto juntas numa Federação pelo



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Decreto-Lei 35311, de 25 de abril de 1946. Em 1958, surge pela primeira vez o Ministério da Saúde e da Assistência, autonomizando a tutela da saúde até então dependente do Ministério do Interior, ainda que com avanços e recuos ao longo dos anos seguintes (só em 1983 o Ministério da Saúde passa a ter existência definitiva com assento no Conselho de Ministros) (BISCAIA; MARTINS; CARREIRA; GONÇALVES *et al.*, 2008).

O acesso aos serviços de saúde era muito deficiente. No Relatório sobre as Carreiras Médicas, de 1961, (HORTA; RAMOS; FONSECA; GALHORDAS *et al.*, 1961) a Ordem dos Médicos traça um retrato da real situação do país e procura definir uma estrutura capaz de melhorar o sistema assistencial, considerando a importância da Saúde Pública, desenvolvendo os serviços hospitalares e propondo a implementação dos serviços de proximidade, numa estratégia de amplitude, com cobertura de todo o território nacional, e de precisão, com rigor científico nos pontos essenciais da estrutura, ainda que deixando uma margem suficientemente larga para o ajustamento à realidade local.

Ainda estávamos longe do conceito de Cuidados de Saúde Primários. O centro da assistência médica estava nos hospitais, que se aprimoraram e desenvolveram, conseguindo uma boa resposta face à doença, mas insatisfatória na abordagem da saúde, numa clara inversão da pirâmide de resposta face às necessidades, quando a maioria da população é saudável, ainda que com doenças, e apenas alguns necessitam de centros diferenciados para lidar com a patologia (WHITE; WILLIAMS; GREENBERG, 1961). Neste contexto assume particular importância a apreciação de Collings (1950) sobre a atuação da clínica geral britânica (COLLINGS, 1950), que viria a ser o mote para a criação do *Royal College of General Practitioners*, onde focava a importância do reforço da medicina de proximidade num sistema de saúde integrado. Juntamente com a visão de Engel do indissociável todo biopsicossocial (ENGEL, 1981) e da abrangência de Balint (BALINT, 1968), permitiram a estruturação de um modelo baseado na globalidade e coordenação de cuidados, na continuidade e na acessibilidade (STARFIELD, 1994), capaz de alavancar a saúde sobre a doença, de encontro ao que viria a





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

ser a conclusão da Conferência de Alma Ata de 1978 sobre a necessidade de atingir à escala mundial níveis de saúde aceitáveis para todos (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF), 1978).

Na Lei 2120 de 19 de julho de 1963, o Estado Português assume a responsabilidade coletiva na saúde ao nível da organização e manutenção dos serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada, primeiro nos hospitais, objeto de uniformização e regulação específica em 1968 (Decreto-Lei n.º 48357, de 27 de Abril) e mais tarde também nos denominados Centros de Saúde (Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de Setembro), com a criação de um primeiro esboço do Serviço Nacional de Saúde.

Neste capítulo fazemos uma descrição crítica do desenvolvimento e evolução dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) no Serviço Nacional de Saúde (SNS) português desde esta génese até aos dias de hoje.

## **O nascimento: Centros de Saúde de primeira geração**

A primeira geração de centros de saúde teve início em 1971, quando a saúde é reconhecida como um direito social e a assistência pública assume um papel de grande relevo. O Decreto-Lei n.º 413/71, de 27 de setembro, estabelece a instituição dos centros de saúde públicos com planeamento central, mas com execução descentralizada. Esta criação visou integrar as "múltiplas instituições com preocupações preventivas e de saúde pública, até aí organizadas de modo vertical, numa rede orientada e inserida nas comunidades locais" (BRANCO; RAMOS, 2001). Esta primeira fase teve uma forte oposição baseada na argumentação de tipo Bismarkiano de que o direito à saúde deveria depender da capacidade individual de a financiar. Foi em 1974 com a revolução do 25 de Abril que se repensou a estrutura social do País e se criaram condições para a sua verdadeira implementação. Em 1976,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

a primeira Constituição da República Portuguesa (CRP) garante no artigo 64º, a “todos os cidadãos”, o direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. No mesmo artigo da CRP ficam definidas as orientações para a criação de um SNS de tipo Beveridgiano, financiado por impostos, de acesso universal, geral e tendencialmente gratuito, que viria a ser criado em 1979 (Lei nº 56/79, de 15 de setembro), materializando a saúde como um bem público e uma prioridade no investimento social.

A missão da primeira geração de centros de saúde encontrava-se na esfera do que se entendia por saúde pública, estando a sua atuação maioritariamente ligada à prevenção de doenças infectocontagiosas, à implementação de programas de vacinação, à vigilância da grávida e da criança, à saúde escolar e a atividades de autoridade sanitária. Assim, o perfil preponderante destes centros de saúde estava relacionado com a prevenção e seguimento de alguns grupos de risco. Os cuidados curativos, de doença aguda e de continuidade dos cuidados pós-alta hospitalar, ocupavam um papel secundário e minoritário, sendo essencialmente garantidos pelos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência. Desta forma coexistiram dois estilos de assistência em cuidados de saúde primários durante esta primeira fase: um estilo de assistência comunitária com objetivos de promoção da saúde e com preocupação explícita de qualidade nos processos assistenciais, e um estilo de assistência imediata (postos clínicos dos Serviços Médico-Sociais das caixas de previdência) com vista a responder à procura dos doentes, orientados para a acessibilidade, mas sem grande preocupação com a qualidade assistencial. Apesar da fragmentação, estes dois polos acabavam por se complementar e permitir uma resposta às necessidades de saúde. No entanto, era uma resposta desintegrada e, por vezes, concorrente nos princípios e nas estratégias, entre as necessidades de todos, mas de nenhum, da Saúde Pública, e as necessidades do indivíduo baseadas na doença, prolongando o atendimento hospitalar sem que dele se diferenciasses significativamente. Faltava um compromisso de conjunto capaz de alavancar esforços na construção de um verdadeiro sistema de CSP, que os trabalhos do *Royal College of General Practitioners* Britânico e do Grupo de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Leeuwenhorst (BENTZEN; BOELAERT; BORCHGREVINK; BYRNE *et al.*, 1974; SANTOS; SANTIAGO; HESPANHOL, 2021) já haviam apontado. Percebe-se a necessidade da implementação de uma nova especialidade médica capaz de unir prevenção e tratamento no mesmo indivíduo, tendo em conta as suas próprias características, mas integradas na família e na comunidade envolvente, gerindo os percursos no sistema de saúde e assegurando uma provedoria sobre os mesmos, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade de cuidados (STARFIELD *et al.*, 2005).

## **A infância: Centros de Saúde de segunda geração**

A segunda geração de centros de saúde surge em 1983, com a integração dos Serviços Médico-Sociais das Caixas de Previdência e dos Postos de Saúde existentes numa mesma estrutura (Centros de Saúde Integrados, pelo Despacho Normativo n.º 97/83) e com a criação da carreira médica de Clínica Geral (Decreto-Lei n.º 310/82). Derivada do espírito constitucional e da construção de um SNS, esta reforma caracterizou-se por uma integração essencialmente administrativa, dando às entidades preexistentes novas designações e novas instruções de procedimentos. O objetivo principal foi melhorar o acesso aos cuidados de saúde e promover a equidade, pretendendo uma cobertura nacional dos CSP e dando resposta a toda a população (SANTOS; SANTIAGO; HESPANHOL, 2021).

Nesta fase ocorreu, essencialmente, a junção das duas culturas organizacionais existentes durante a primeira geração de centros de saúde, herdando todos os recursos e património físico e humano.

De uma forma prática, apesar da racionalização e otimização dos recursos, não teria levado a uma grande alteração dos cuidados prestados anteriormente, não fosse a criação concomitante da especialidade de Clínica Geral que vai beber de ambas as culturas e estruturar uma nova forma de estar no exercício médico, conjugando no mesmo profissional um conjunto



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

alargado de competências à semelhança do movimento que acontecia um pouco por toda a Europa nesta mesma altura (ALLEN; GAY; CREBOLDER; HEYRMAN *et al.*, 2011; BRANCO; RAMOS, 2001; SANTOS; SÁ; SANTIAGO; HESPANHOL, 2021). No entanto, passar dos princípios à prática demonstra-se frequentemente mais difícil do que parece. Foi necessário um grande esforço formativo para conseguir que o desempenho de profissionais historicamente dedicados ao seu modo de atuação conseguissem reequilibrar a balança da saúde e das doenças. Envolveu o Ministério da Saúde com a criação dos Institutos de Clínica Geral, a Ordem dos Médicos e o respetivo Colégio de Especialidade com a implementação e reconhecimento do internato médico de formação específica, a academia com o aparecimento dos departamentos universitários, primeiro na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e depois em todo o país, e sobretudo com um conjunto de profissionais que perceberam a importância dos cuidados assistenciais de proximidade e conseguiram adaptar-se e adaptá-los às necessidades de saúde da população.

Os centros de saúde de segunda geração estavam orientados para a prestação de cuidados primários dirigidos globalmente ao indivíduo, à família e à comunidade, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, e privilegiando a personalização da relação e a proximidade entre os profissionais de saúde e os utentes.

No entanto, esta integração baseava-se num modelo organizativo centralista e centralizador. Apesar de ser uma reforma substantiva e administrativamente bem-sucedida revelou-se desajustada das necessidades e expectativas dos utentes e da comunidade, e geradora de insatisfação e desmotivação nos profissionais.

## **A adolescência: projetos piloto**





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Na década de 90, esta insatisfação foi materializada com um papel muito importante da Associação Portuguesa de Clínica Geral (APMCG/APMGF) e dos sindicatos médicos. Apontaram-se os problemas do funcionamento dos cuidados de saúde primários, nomeadamente o subfinanciamento dos serviços, a ausência de uma política geral e coerente, a deficiente preparação técnica e científica de muitos quadros administrativos na saúde e a inexistência de uma verdadeira orientação para a qualidade nos serviços. É desta altura a publicação do Livro Azul, como ficou conhecido, sobre um futuro para a medicina de família em Portugal, explorando os valores base da especialidade, a garantia de qualidade e os enquadramentos estruturais e operacionais (DIREÇÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL, 1990). Destas iniciativas decorreram a criação de modelos experimentais, que viriam a sustentar a evolução para a terceira geração de centros de saúde. Três experiências diferentes procuraram testar modelos de funcionamento mais centrados na pessoa, baseados em planos de ação estabelecidos e mecanismos de monitorização, e processos alternativos de financiamento, tendo presente o propósito de estimular a motivação e a satisfação dos profissionais de saúde: o projeto alfa, os regimes remuneratórios experimentais (RRE) e o projeto "Tubo-de-ensaio".

Os grupos Alfa, 21 unidades criadas na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, começaram a formar-se em 1996 por grupos de médicos de família com o intuito de inovarem a organização do trabalho, pressupondo uma maior autonomia, a valorização do trabalho em equipa e multidisciplinar, a melhoria dos recursos existentes, nomeadamente informáticos, a possibilidade de adaptar as respostas à realidade local específica, favorecendo a qualidade e eficiência dos serviços e ganhos em saúde para a população. Perspetivava-se uma maior capacidade de resposta, acessibilidade e satisfação dos doentes e dos profissionais. Na realidade, verificou-se o alargamento das listas de utentes por médico de família, alargamento do horário de atendimento, e aumento da capacidade de resposta a consultas urgentes, mas a inércia da administração, a burocracia dos serviços públicos, a escassez de recursos e a falta de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

investimento constituíram um entrave significativo ao seu potencial. Alguns destes grupos converteram-se mais tarde em projetos de RRE, na expectativa de uma maior cobertura legal, do aumento da autonomia, e da inovação no cálculo remuneratório indexado ao desempenho. A maioria, porém, simplesmente terminou sem que tivesse existido uma verdadeira avaliação destes projetos (CONCEIÇÃO; FRONTEIRA; HIPÓLITO; LERBERGHE *et al.*, 2005).

Em 1998, o Decreto-Lei n.º 117/98, de 5 de maio, regulamentado pela Portaria n.º 993-A/98 de 24 de novembro, cria os Regimes Remuneratórios Experimentais, dirigidos a unidades que integrassem pelo menos três médicos de família, assumindo o trabalho em equipa com intersubstituição e complementaridade. Entre as condições de adesão registava-se o compromisso de atendimento no próprio dia aos utentes inscritos, o horário de funcionamento no período entre as 8 e as 20h, nos dias uteis, a planificação e implementação de um plano de ação anual de acordo com as orientações oficiais da Direção Geral de Saúde, a existência de um sistema de informação contendo a base de dados dos utentes capaz de monitorizar a execução do plano de ação, incluindo as atividades específicas de vigilância de grupos vulneráveis e os cuidados domiciliários, além da saúde adultos, da saúde infantil, da saúde materna, do planeamento familiar e da doença aguda.

Em 2004, a comissão de acompanhamento e avaliação dos RRE da Direção Geral de Saúde (DGS, 2004) reconheceu que apresentaram resultados globalmente melhores do que o modelo geral, com ganhos na disponibilidade dos serviços, na acessibilidade, na produtividade, na qualidade técnico-científica, nos custos, na satisfação dos utentes e profissionais e nos ganhos em saúde de uma forma geral. Embora a avaliação objetiva tenha sido limitada pela fragilidade dos sistemas de informação, o valor acrescentado foi considerado consistente e significativo e foi recomendada a sua generalização como aposta de melhoria do sistema.

O Projeto "Tubo de Ensaio" decorreu de um acordo de cooperação estabelecido em 1999 entre a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte e a Faculdade de Medicina do Porto (FMUP) com o propósito de garantir a oferta assistencial de cuidados de saúde equivalentes ao



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

dos demais centros de saúde a uma população de até 25.000 utentes, sem base geográfica, inovando em vários domínios organizacionais de gestão, financiamento, sistemas de informação, monitorização de qualidade e humanização, avaliado por uma Comissão mista externa e prevendo um conselho consultivo constituído por elementos designados pelos Hospitais do Grande Porto, Centro de Saúde local, Autarquia, Misericórdia do Porto, Bombeiros Sapadores e Direção Regional de Educação do Norte. Além das funções assistenciais e de inovação e desenvolvimento, o Centro de Saúde de S. João, como foi designado, incluía também a formação pré- e pós-graduada em Medicina Geral e Familiar, continuando a tradição nesta área do Departamento Académico a que estava ligado. O financiamento do protejo foi inicialmente estabelecido considerando o pagamento de uma capitação por utente inscrito, de acordo com o despacho 3181/97 de 3 de julho, e atualizado posteriormente para uma capitação ponderada, com ligação à produção (incentivos à prescrição racional de medicamentos e de meios complementares de diagnóstico, investigação, definição de períodos de avaliação de atividade) (HESPANHOL; MALHEIRO; PINTO, 2002).

A monitorização de atividade publicada em 2001 revelou que 100% dos profissionais se considerava satisfeito e que 85% dos utentes referiram recorrer preferencialmente ao centro de saúde quando necessitaram de cuidados (HESPANHOL; PINTO, 2005; HESPANHOL; RIBEIRO; COSTA-PEREIRA, 2005).

## **A maturidade: Centros de Saúde de terceira geração**

Neste espírito de necessidade de evolução na organização dos Cuidados de Saúde Primários, cada vez mais afastados das necessidades sanitárias do princípio do século XX e orientados às atuais prioridades em saúde de uma sociedade moderna, o governo decide lançar uma terceira geração de centros de saúde centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, de forma efetiva e eficiente, integrando a necessidade de uma abordagem



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

multidisciplinar, e reconhecendo a hierarquia técnica e a sua capacidade para um exercício efetivo e em autonomia (Decreto-Lei n.º 157/99, de 10 de maio).

Vamos, no entanto, ter de esperar 7 anos entre discussões sobre o papel do estado na saúde e o desenvolvimento e avaliação dos RRE para que se prossiga no seu desenvolvimento. A avaliação de 2004 (DGS, 2004) reforçou o papel da valorização da motivação dos profissionais, do trabalho em equipa, do planeamento, da monitorização de desempenho e da remuneração indexada à produtividade na obtenção de resultados em saúde e na centralidade no cidadão, por um lado, e na satisfação dos profissionais, por outro.

Em 2006 é criada a unidade de missão para os Cuidados de Saúde Primários que vem propor a criação das Unidades de Saúde Familiares (USF) pelo Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto, com a missão de prestar cuidados de saúde personalizados à população de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade e a continuidade dos mesmos. Assentam em equipas multiprofissionais, e numa organização comprometida com o planeamento e a monitorização contínua dos processos e resultados, projetadas para uma generalização efetiva e gradual a todo o país, mas acedendo ao princípio de adesão voluntária das equipas.

Das iniciais 43 USF criadas em 2006, passamos para 579 em 2021, coexistindo com as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), designação adotada para os Centros de Saúde que não aderiram, atualmente em número de 332.

A carteira básica de serviços prestados nestas Unidades inclui a vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença nas diversas fases de vida do utente, os cuidados de saúde em situação de doença aguda, o acompanhamento clínico das situações de doença crónica e patologia múltipla, o acesso aos cuidados domiciliários e a cooperação com outros serviços de saúde, assumindo o papel de gestor de saúde do cidadão, numa perspetiva de certificação de qualidade e segurança pelo Ministério da Saúde, conforme o Programa Nacional de Acreditação em Saúde (Despacho n.º 69/2009, de 31 de agosto).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Considerando a necessidade de evolução gradual no trabalho de equipa, as USF iniciam num modelo A, permitindo o amadurecimento organizacional, uma contratualização de desempenho mais exigente, e a participação no processo de acreditação, de forma a passar a Modelo B, onde o regime remuneratório reflete o desempenho. Criou-se um sistema de creditação das unidades baseado numa matriz que engloba o processo de gestão e de organização, a informação e direitos dos utentes, a oferta assistencial, o desenvolvimento da equipa e qualidade, as instalações e segurança, e a articulação, equipamentos e sistemas de informação (grelha DiOr-USF - Diagnóstico de Desenvolvimento Organizacional nas USF) e que é a base para a criação das USF, que serão convidadas a assumir anualmente uma Carta de Compromisso que regista o plano e a forma de monitorização da USF, bem como os resultados a alcançar pela equipa. Estes resultados, traduzidos numa matriz de indicadores, afastaram-se da perspetiva de melhoria contínua da qualidade para se centrarem numa espécie de lista de tarefas a realizar, comprometendo a missão e o espírito das Unidades de Saúde, sobretudo porque as metas propostas carecem muitas vezes de evidência científica consolidada (DE SOUSA, 2019). Em sua substituição foi proposto recentemente um índice global de desempenho que agrega a avaliação de atividades nas áreas do desempenho assistencial, dos serviços disponibilizados, da qualidade organizacional, da formação dos profissionais e da produção científica, diluindo o peso de cada indicador na avaliação global, mas sem conseguir verdadeiramente uma mudança do paradigma, marcado agora para um valor global e não na perspetiva de evolução sobre os determinantes que condicionam os resultados.

No modelo B, o regime remuneratório prevê que à remuneração base de acordo com categoria e escalão profissional, seja adicionado um conjunto de suplementos referentes à realização de cuidados domiciliários, ao aumento da lista de utentes e ao alargamento do horário de oferta assistencial, e à compensação de desempenho pelos resultados alcançados, para todos os grupos profissionais, bem como a possibilidade de incentivos institucionais e financeiros pelo desempenho coletivo.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Supletivamente foi também prevista a criação de um modelo C, com caráter experimental, integrando a cooperação dos sectores social, cooperativo e privado, tendo em vista colmatar eventuais insuficiências do SNS.

A prática, porém, foi diversa com um conjunto de impedimentos administrativos à evolução das USF e com a falta de regulamentação do modelo C, juntamente com uma contratualização imposta e centralizada, mais do que negociada e baseada nas necessidades locais, e muitas vezes fora de tempo com atrasos sucessivos que levam a iniciar o processo já em pleno ano de contratualização. Subsistem alguns problemas identificados na avaliação de 2004 das RRE sobretudo na limitação na capacidade de acompanhamento do planeamento e de monitorização de desempenho que pode comprometer a personalização da oferta assistencial. No conjunto, condicionaram a confiança no sistema e a generalização da sua implementação. Por outro lado, o sistema parece ter ficado cristalizado no momento da sua criação com algumas atualizações de forma, mas pouco significativas no conteúdo, e por vezes sem uma expressão prática da mudança, como na valorização da atividade científica que continua dependente de alocação de tempo e recursos que continuam sobretudo orientados para a atividade assistencial. Ainda a nível da organização, a criação em 2008 dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS), conjugando a resposta assistencial das USF/UCSP com a saúde pública, os cuidados na comunidade (de apoio clínico e social de âmbito domiciliário e comunitário) e outros recursos assistenciais (como assistentes sociais, psicólogos, médicos dentistas, fisioterapeutas, entre outros), veio introduzir um nível intermédio de decisão e retirar autonomia às Unidades, sobretudo por depender de nomeação superior e não traduzir uma verdadeira diferenciação técnica.

Não obstante, os dados oficiais mostram uma tendência consolidada de melhores resultados globais nas USF comparativamente às UCSP, o que sugere o sucesso da terceira geração de centros de saúde.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Considerações finais: O futuro

A Medicina nasceu na necessidade ancestral de sobreviver às adversidades da doença. À medida que a esperança de vida foi aumentando e que controlamos a patologia infectocontagiosa que dizimava as populações em idades precoces, percebemos que muitas doenças surgem na constelação de fatores (ditos de risco), cuja orientação adequada altera a evolução ditada pela história natural da doença. Passamos a ter hipertensos para não ter Acidente Vascular Cerebral (AVC) e fumadores para não ter cancro do pulmão, num processo que diminuiu a severidade da doença e a mortalidade precoce, ainda que à custa de um aumento da carga global de morbilidade. Mas estas “novas” doenças deixaram de “doer”. A perceção de ameaça que representa hoje um AVC é diferente da que levou ao desenho do estudo de Framingham após o choque da morte do Presidente Roosevelt em 1945, (MAHMOOD; LEVY; VASAN; WANG, 2014) e a organização dos serviços de saúde tem de o ter em conta.

A pandemia da COVID-19 veio mostrar no século XXI que o que temos hoje como certo pode vir a ruir no futuro e que, como sabemos desde o início dos tempos, é na capacidade de adaptação que os sistemas sobrevivem e se desenvolvem.

Para isso é fundamental ter sistemas de alerta que permitam identificar as necessidades e definir objetivos específicos, mensuráveis, alcançáveis, realísticos, oportunos e consensualizados, a nível local, regional e nacional. É esta matriz de objetivos, baseados na melhor evidência científica, filtrados pelo senso clínico e integrando as expectativas dos cidadãos, (SACKETT; STRAUS; RICHARDSON; ROSENBERG *et al.*, 2000) que definirá o conjunto de estratégias a seguir.

Um sistema de saúde capaz de lidar com este problema tem de conseguir situar-se à volta da pessoa, ajudando-a a encontrar os percursos, motivando-a, orientando-a nesse sentido e ajustando-se à realidade de cada indivíduo. (LAM, 2016) Esta personalização é talvez o maior desafio no momento atual em que toda a sociedade parece evoluir para uma normalização de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

objetivos, estratégias e procedimentos, globalizados na facilidade da comunicação e informação. Implica decididamente uma aposta na qualidade e na eficiência, traduzida naturalmente em investimento inteligente e orientado para resultados reais em saúde.

A saúde tem de ser vista como um investimento. Uma população mais saudável está mais capaz de produzir: uma população mais saudável é uma população mais rica.

A qualidade é definida pela forma como os sistemas e processos dos serviços se orientam para corresponder às necessidades dos doentes e dos programas (ELLERBROCK; FERRIS; GOVE; PERRIENS, 2008). Focaliza-se nas necessidades do doente, através da implementação de sistemas continuados de medição da situação, baseados em evidência robusta, capazes de identificar variações ao longo do tempo e introduzir mudanças quando necessário. Está intimamente ligada ao conceito de eficiência que reflete a relação entre a produção e os seus fatores e os resultados obtidos (BAKER, 2001). É uma definição simples que se torna complexa na área da saúde, onde a perspetiva do cliente (doente) não é tanto quanto à produção (medida em termos de número de atos praticados), mas muito mais em relação aos resultados dessa atividade (capacidade, incapacidade, qualidade de vida, mortalidade). Introduce-se assim na saúde um sistema bietápico de avaliação da eficiência, por um lado orientada à produção, normalmente medida por uma matriz de indicadores, e por outro orientada aos resultados, baseada na análise do impacto na saúde do indivíduo e da comunidade. São visões diferentes e necessariamente complementares, não intersubstituíveis.

Em Portugal, desde há muitos anos que a saúde, no SNS, apresenta uma suborçamentação crónica, com uma dotação orçamental inferior às necessidades do País e das pessoas. A consequência é simples: falta de investimento, dívida crescente, menor produção e piores resultados, ainda mais evidente porque o financiamento total da saúde é significativamente inferior aos pares europeus. Os dados do Eurostat mostram que, em 2018, o custo total da saúde em Portugal foi de 1 877 € por habitante, ao passo que na União Europeia-27 foi de 2 981 €, uma diferença de 59%. Acresce que o financiamento público é através de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

contribuições obrigatórias foi de 61,5% em Portugal e de 79,6% na UE-27, significando uma taxa de esforço individual muito superior face à contribuição coletiva.

Ainda mais relevante se torna orientar para a qualidade e para a eficiência, priorizando o investimento, sobretudo num contexto em que os recursos são por natureza limitados.

Os Cuidados de Saúde Primários são reconhecidos como a base do sistema de saúde, mas muitas vezes esquecidos na distribuição de recursos, face à atração mediática da inovação tecnológica e terapêutica virada mais para o tratamento da doença e, portanto, mais comum no contexto hospitalar. Uma vez mais orienta-se o investimento ao processo e não aos resultados, parecendo mais importante o acesso a uma tecnologia que poucos irão utilizar do que criar condições para que a necessidade possa ser prevenida, quando sabemos que o retorno do lado da saúde é muito superior ao do tratamento das doenças (LEVI; SEGAL; JULIANO, 2008).

Pensar a saúde é, no entanto, mais do que uma simples aritmética de custos e lucros, na medida em que muitos dos resultados são subjetivos e dificilmente quantificáveis na contabilidade financeira. Interessa por isso focar nos objetivos e no que de facto queremos atingir seja ao nível da estrutura de governança, de gestão ou de desenvolvimento profissional, ao nível dos processos de acesso aos cuidados, da abrangência, da continuidade ou da coordenação dos cuidados, ou ao nível dos resultados onde a chave é a qualidade da prevenção, do diagnóstico, da terapêutica ou da gestão clínica (OECD; EC, 2016).

Se o conseguirmos fazer vamos mudar a forma de olhar para o sistema: basear nos objetivos que queremos atingir e orientar o investimento não para suprir necessidades do serviço ou satisfazer listas de indicadores que parecem constituir verdadeiras listas de tarefas a efetuar, mas para melhorar efetivamente a qualidade e com ela a saúde dos nossos doentes.

## Referências





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

ALLEN, J.; GAY, B.; CREBOLDER, H.; HEYRMAN, J.; SVAB, I.; RAM, P. **The European Definition of General Practice / Family Medicine**. WONCA. WHO Europe Office, Barcelona, Spain, p. 31. 2011.

BAKER, A. **Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century**. 1st ed. British Medical Journal Publishing Group, 2001.

BALINT, M. **The doctor, his patient and the illness**. 2nd ed. London: Pitman Paperbacks, 1968.

BENTZEN, N.; BOELAERT, R. B.; BORCHGREVINK, C. F.; BYRNE, P. S.; HAEUSSLER, S.; HELLER, G.; HORDER, J. P.; HUGEL, I.; KNOX, J.; POLAK, B. A.; REYNOLDS, A. M.; SIMUNIC, M.; SZATMARI, M.; ES, J. C. v. **The general practitioner in Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice**. Leeuwenhorst Working Party, 1974. Disponível em: <https://euract.woncaeurope.org/sites/euractdev/files/documents/archive/publications/general-practitioner-europe-statement-working-party-appointed-2nd-european-conference-teaching.pdf>

BISCAIA, A. R.; MARTINS, J. N.; CARREIRA, M.; GONÇALVES, I.; ANTUNES, A. R.; FERRINHO, P. **Cuidados de Saúde Primários em Portugal: Reformar para novos sucessos**. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Padrões Culturais, 2008.

BRANCO, A. G.; RAMOS, V. Cuidados de saúde primários em Portugal. **Rev Port Saúde Pub**, Volume temático 2, p. 5-12, 2001.

COLLINGS, J. S. General Practice in England Today - A Reconnaissance. **The Lancet**, v. 255, n. 6604, p. 555-585, 1950.

CONCEIÇÃO, C.; FRONTEIRA, I.; HIPÓLITO, F.; VAN LERBERGHE, W.; FERRINHO, P. Os grupos Alfa e a adesão ao Regime Remuneratório Experimental. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 21, n. 1, p. 45-59, 2005.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

DE SOUSA, J. C. Celebrando 20 anos do Regime Remuneratório Experimental em Cuidados de Saúde Primários: uma reflexão pessoal sobre um percurso único. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 35, n. 5, p. 340-344, 2019.

DIREÇÃO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS MÉDICOS DE CLÍNICA GERAL. **Um futuro para a Medicina de Família em Portugal**. 1 ed. Lisboa: Departamento editorial da APMCG, 1990.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Regime Remuneratório Experimental Dos Médicos De Clínica Geral (RRE)**. AVALIAÇÃO, C. d. A. e. Lisboa 2004.

ELLERBROCK, T.; FERRIS, R.; GOVE, S.; PERRIENS, J. **Operations Manual for Delivery of HIV Prevention, Care and Treatment at Primary Health Centres in High-Prevalence, Resource-Constrained Settings**: Edition 1 for Field testing and Country Adaptation. Geneva: World Health Organization, 2008.

ENGEL, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model. **J Med Philos**, v. 6, n. 2, p. 101-123, 1981.

HESPANHOL, A.; MALHEIRO, A.; PINTO, A. D. S. O projecto " tubo de ensaio"-Breve história do Centro de Saúde S. João. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 18, n. 3, p. 171-186, 2002.

HESPANHOL, A.; PINTO, A. S. Cinco Anos do Centro de Saúde S. João - "Tubo de Ensaio". **Arqui Med**, v. 19, n. 3, p. 103-111, 2005.

HESPANHOL, A.; RIBEIRO, O.; COSTA-PEREIRA, A. Assegurar qualidade no Centro de Saúde São João: satisfação dos utentes. **Arqui Med**, v. 19, n. 5-6, p. 191-197, 2005.

HORTA, J. S.; RAMOS, A. C.; FONSECA, A. F.; GALHORDAS, A.; MENDES, M. L.; MILLER-GUERRA, J. P. **Relatório sobre as Carreiras Médicas**. 1ª ed. Ordem dos Medicos, 1961.

LAM, C. L. K. The role of the family doctor in the era of multi-disciplinary primary care. **Fam Pract**, v. 33, n. 5, p. 447-448, 2016.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

LEVI, J.; SEGAL, L. M.; JULIANO, C. **Prevention for a healthier America**: Investments in disease prevention yield significant savings, stronger communities. Trust for America's Health, 2008.

MAHMOOD, S. S.; LEVY, D.; VASAN, R. S.; WANG, T. J. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. **The Lancet**, v. 383, n. 9921, p. 999-1008, 2014.

ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD); EUROPEAN COUNCIL (EC). **Scoping Paper on Health System Efficiency Measurement: Interim Report**. Paris, OECD, p. 125. 2016.

SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. **Evidence-based medicine**: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh ; New York: Churchill Livingstone, 2000.

SANTOS, P.; SÁ, A. B. d.; SANTIAGO, L.; HESPANHOL, A. A árvore da WONCA: tradução e adaptação cultural para português. **Rev Port Med Geral Fam**, v. 37, n. 1, p. 28-35, 2021.

SANTOS, P.; SANTIAGO, L.; HESPANHOL, A. **Medicina Geral e Familiar**. 1 ed. Almedina, 2021.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of primary care to health systems and health. **Milbank Q**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

WHITE, K. L.; WILLIAMS, T. F.; GREENBERG, B. G. The ecology of medical care. **N Engl J Med**, v. 265, p. 885-892, Nov 2 1961.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Primary health care**: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 1978.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## VIGILÂNCIA EM SAÚDE E COVID-19: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Waldemberg Miguel Silva<sup>1</sup>  
Samara Mendes de Sousa<sup>2</sup>  
Ramon Missias-Moreira<sup>3</sup>

**Resumo:** A vigilância pública em saúde constitui uma estrutura essencial para a compreensão da epidemiologia da doença, fornecendo subsídios para uma base sólida na implementação de medidas de controle. A pandemia da COVID-19 constitui uma unanimidade entre as preocupações contemporâneas da gestão dos sistemas de saúde em âmbito mundial. Desde o seu surgimento, ao final de 2019, como um surto epidêmico de rápida disseminação na região de Hubei, na China, esta nova síndrome respiratória se comportou com grau alarmante de disseminação entre todos os cantos do globo, atingindo a Europa e os Estados Unidos no mês de janeiro de 2020, e, em fevereiro, o Brasil. Dessa forma, se fez necessário, diante do atual contexto em que estamos vivendo, a pandemia causada pelo novo coronavírus, entrelaçar nesse estudo o papel da vigilância em saúde frente a esse momento. É a partir desta premissa que se desenvolve o presente artigo, o qual pretendeu destacar a importância da Vigilância em Saúde no processo de enfrentamento da COVID-19. Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Web of Science* e *National Library of Medicine (PubMed/Medline)* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes descritores em saúde, de acordo com a plataforma [decs.bvs.br](http://decs.bvs.br): Vigilância em Saúde e COVID-19. Foram selecionados 8 estudos, sendo que a maioria (5) foram publicações do ano de 2020 (70%), seguidos por 3 estudos publicados em 2021. Da leitura e análise das publicações, ascenderam 4 núcleos temáticos, com base nos assuntos abordados e nos eixos específicos da Vigilância em Saúde, a saber: Núcleo 1: O papel da Vigilância Epidemiológica no cenário da pandemia; Núcleo 2: O papel da Vigilância Sanitária no cenário da pandemia; Núcleo 3: O papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador

<sup>1</sup>Enfermeiro pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE\CAV). Especialista em Saúde Mental, modalidade residência multiprofissional, pela Universidade de Pernambuco (UPE\FCM). Mestrando em Psicologia pela Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Gerente de Saúde Mental do Município de Petrolina, Pernambuco. E-mail: [waldembergmiguel@yahoo.com](mailto:waldembergmiguel@yahoo.com)

<sup>2</sup>Profissional de Educação Física pela Universidade Regional do Cariri (URCA)

<sup>3</sup>Professor Adjunto no Curso de Educação Física - CEFIS/UNIVASF. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física - GIPPEF/UNIVASF/CNPq. Professor Permanente no Mestrado em Psicologia e no Doutorado em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial – UNIVASF. Pesquisador da Rede Internacional de Pesquisas sobre Representações Sociais em Saúde – RIPRES.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

no cenário da pandemia e Núcleo 4: Atualidades na Vigilância em Saúde no cenário da pandemia. Infere-se que a contribuição da Vigilância em Saúde no combate ao coronavírus é indispensável, visto que os estudos ressaltados compactuam em diversos pontos sobre essa afirmativa. Ademais, revelam que esta situação de saúde se trata de um evento sem precedentes recentes na nossa história, configurando-se como um período de grandes dificuldades no campo da saúde e da economia. Talvez essa seja a forma de anunciar uma mudança na relação com a saúde, tendo como horizonte uma proposta de ações em saúde alinhadas com as diretrizes do SUS e com o olhar atento a nossa relação com o mundo, com a natureza, em outras palavras, aos determinantes sociais da saúde.

**Palavras-chave:** Vigilância em Saúde Pública; Pandemias; COVID-19; Coronavírus; Sistema único de Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

A vigilância pública em saúde constitui uma estrutura essencial para a compreensão da epidemiologia da doença, fornecendo subsídios para uma base sólida na implementação de medidas de controle (BRASIL, 2009). A vigilância em saúde tem por objetivo a observação e análise contínua da situação de saúde da população de forma sistemática, envolvendo a consolidação de dados e articulando-os em um conjunto de ações destinadas a controlar determinantes, riscos e danos à saúde de populações que vivem em determinados territórios, garantindo-se a integralidade da atenção, o que inclui tanto a abordagem individual como coletiva dos problemas de saúde (BRASIL, 2020).

Dessa forma, se fez necessário, diante do atual contexto em que estamos vivendo, a pandemia causada pelo novo coronavírus, entrelaçar nesse estudo o papel da vigilância em saúde frente a esse momento.

A pandemia da COVID-19 constitui uma unanimidade entre as preocupações contemporâneas da gestão dos sistemas de saúde em âmbito mundial. Desde o seu surgimento, ao final de 2019, como um surto epidêmico de rápida disseminação na região de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Hubei, na China, esta nova síndrome respiratória se comportou com grau alarmante de disseminação entre todos os cantos do globo, atingindo a Europa e os Estados Unidos no mês de janeiro de 2020, e, em fevereiro, o Brasil (WHO, 2020). O estudo epidemiológico sobre Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SRAG) mostrou-se em evidência diante do cenário pandêmico enfrentado no Brasil. Haja vista o aumento do número de casos notificados associados à COVID-19, uma doença que apresenta um quadro clínico variando de infecções assintomáticas a quadros graves (BRASIL, 2020).

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, a maioria dos números de casos notificados (cerca de 80%) dos pacientes com COVID-19 podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas leves, e aproximadamente 20% dos casos detectados requer atendimento hospitalar por apresentarem dificuldade respiratória, dos quais aproximadamente 5% podem necessitar de suporte ventilatório (BRASIL, 2020).

É a partir desta premissa que se desenvolve o presente artigo, o qual pretendeu destacar a importância da Vigilância em Saúde no processo de enfrentamento da COVID-19.

## Método

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura. Esta modalidade de trabalho consiste na busca de pesquisas relevantes sobre um determinado assunto, que possibilita por em evidência um determinado tema e identificar lacunas que podem ser preenchidas com a realização de outros estudos. Este tipo de pesquisa possibilita uma avaliação crítica e a síntese de evidências disponíveis sobre o assunto investigado em seu produto final, proporcionando uma organização do estado atual do conhecimento e reflexões para a implementação de novas intervenções (MOWBRAY; WILKINSON; TSE, 2015). A revisão integrativa obedece às seguintes fases: a) identificação do tema e formulação da questão da pesquisa; b) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos estudos para amostragem; c) coleta dos dados que serão extraídos dos estudos; d) análise crítica dos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

estudos selecionados; e) interpretação dos resultados; f) apresentação da síntese estabelecida e revisão dos conteúdos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

De acordo com a primeira etapa, foi elaborada a seguinte questão norteadora: "Qual a importância da Vigilância em Saúde no processo de enfrentamento da COVID-19?". A busca na literatura foi realizada nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *Web of Science* e *National Library of Medicine (PubMed/Medline)* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes descritores em saúde, de acordo com a plataforma decs.bvs.br: Vigilância em Saúde e COVID-19. Como critérios de inclusão para o estudo delimitaram-se apenas artigos publicados em 2020 e 2021 ligados diretamente à questão norteadora, com textos completos disponíveis online nos idiomas Inglês e/ou Português. Como critério de exclusão definiu-se: resumos simples e expandidos e trabalhos que relacionavam outras temáticas com as ações de Vigilância em Saúde.

Foi realizado o cruzamento do resultado das buscas, com o objetivo de evitar a contabilização dupla dos artigos encontrados em mais de uma base de dados. A seleção ocorreu por meio de leitura de títulos e resumos, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Na etapa seguinte às buscas, foi contabilizado um número de 37 artigos e após o cruzamento excluíram-se 11 trabalhos. Durante esta fase, os pesquisadores avaliaram os artigos completos de forma crítica e independente e fizeram as devidas seleções. No processo de análise foram coletados dados referentes ao periódico (título, ano de publicação), aos autores (nomes completos) e ao estudo (objetivo, vinculação acadêmica, referencial teórico, tipo de estudo, aspectos metodológicos, resultados e recomendações). A interpretação dos dados foi fundamentada nos resultados da avaliação criteriosa dos artigos selecionados. Foi realizada a comparação com o conhecimento teórico, identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Após a avaliação crítica, obteve-se uma amostra final de 8 estudos.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Resultados e Discussões

Em janeiro de 2020, cientistas chineses conseguiram isolar um novo coronavírus (Sars-CoV-2) em pacientes de Wuhan (CHENG, Z.J; SHAN, J. 2019). Em 11 de fevereiro de 2020, a OMS nomeou a doença causada pelo novo coronavírus de COVID-19, um acrônimo de "Doença do coronavírus 2019" e em 11 de março de 2020 declarou estado de pandemia, que ainda está em curso. Desde então nota-se um aumento progressivo no número de estudos sobre a temática, afinal, parte-se da lógica de que o assunto configura-se como um desafio e necessita da contribuição mútua das diversas áreas do conhecimento científico (BRASIL 2020).

As ações de Vigilância à Saúde são de atribuição das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). No atual cenário de pandemia por COVID-19, exige adaptações nessas ações, bem como atenção para a sua correta aplicação diante de tantas novas atribuições e mudanças. A Vigilância à Saúde desempenha um papel fundamental no acompanhamento e no fornecimento de informações para o manejo das epidemias, como já ocorre de costume com a dengue e outras arboviroses. Percebe-se então a importância da vigilância em saúde frente à pandemia causada pelo novo coronavírus. Com a transmissão comunitária, declarada em 20 de março pelo Ministério da Saúde, iniciou-se a adoção de medidas não farmacológicas para a diminuição de sua transmissão, como isolamento e distanciamento social, a fim de se evitarem aglomerações. Esse contexto torna fundamentais a racionalização dos recursos e a estruturação de fluxos e ações de atenção, que direcionem o acompanhamento dos casos com responsabilidade territorial e priorização do cuidado e do acompanhamento contínuo (BRASIL, 2020).

No que tange a Vigilância em Saúde no enfrentamento da COVID-19, nesta revisão, foram selecionados 8 estudos, sendo que a maioria (5) foram publicações do ano de 2020 (70%), seguidos por 3 estudos publicados em 2021. No Quadro 1 são apresentados os resultados da

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

pesquisa bibliográfica, cuja organização se dá conforme o ano, os autores, o título e os objetivos. Dos 8 artigos selecionados, 7 estudos foram encontrados na plataforma *SciELO* e 1 na plataforma PubMed.

Quadro 1 – Caracterização dos Estudos.

ANO	AUTORES	TÍTULO	OBJETIVOS
2020	Gerson Oliveira Penna José Agenor Alvares da Silva José Cerbino Neto José Gomes Temporão Luiz Felipe Pinto	PNAD COVID-19: um novo e poderoso instrumento para Vigilância em Saúde no Brasil.	Avaliar a importância da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, do IBGE, como ferramenta de Vigilância em Saúde durante a pandemia de COVID-19.
2020	João Roberto Cavalcante Augusto César Cardoso dos Santos João Matheus Bremm Andréa de Paula Lobo Eduardo Marques Macário Wanderson Kleber de Oliveira Giovanny Vinícius Araújo de França	COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020.	Descrever a evolução da COVID-19 no Brasil até a Semana Epidemiológica (SE) 20 de 2020.
2021	Ana Lúcia Escobar Tomás Daniel Menéndez Rodríguez Janne Cavalcante	Letalidade e características dos óbitos por COVID- 19 em Rondônia: estudo	Descrever as características dos óbitos por COVID- 19 no estado de Rondônia.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

	Monteiro	observacional.	
2020	Francisca Elisângela Teixeira Lima Nila Larisse Silva de Albuquerque Sabrina de Souza Gurgel Florencio Maria Gabriela Miranda Fontenele Ana Paula Oliveira Queiroz Glaubervania Alves Lima Lanese Medeiros de Figueiredo Silvia Maria Costa Amorim Lorena Pinheiro Barbosa	Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras.	Analisar as notificações de síndrome gripal segundo o intervalo de tempo decorrido entre início dos sintomas e realização do exame para COVID-19.
2021	José Romério Rabelo Melo Elisabeth Carmen Duarte Marcelo Vogler de Moraes Karen Fleck Amanda Soares do Nascimento e Silva Paulo Sérgio Dourado Arrais	Reações adversas a medicamentos em pacientes com COVID-19 no Brasil: análise das notificações espontâneas do sistema de farmacovigilância brasileiro.	Avaliar as reações adversas identificadas nos pacientes com COVID-19, segundo características de pessoas, medicamentos e reações, bem como identificar os fatores associados ao surgimento de reações adversas graves nestas pessoas.
2021	Bruna Silva dos Santos Fernanda Silva dos	Relação clínico-epidemiológica entre SARS-COV-2	Analisar a literatura científica atual a fim de documentar,

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

	Santos Elaine Rossi Ribeiro	e Doença de Kawasaki: uma revisão integrativa da literatura.	por meio de revisão integrativa, os principais achados que associam a doença de Kawasaki (DK) à doença do coronavírus (COVID-19).
2020	Magda Machado Saraiva Duarte Ana Julia Silva e Alves	Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020.	Descrever os casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde no Brasil.
2020	Betine Pinto Moehleck Iser Isabella Sliva Vitória Timmen Raymundo Marcos Bottega Poletto Fabiana Schuelter-Trevisol Franciane Bobinski	Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados.	Descrever os sinais e sintomas mais frequentes na infecção pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2).

Da leitura e análise das publicações, ascenderam 4 núcleos temáticos, com base nos assuntos abordados e nos eixos específicos da Vigilância em Saúde, a saber: : Núcleo 1: O papel da Vigilância Epidemiológica no cenário da pandemia; Núcleo 2: O papel da Vigilância Sanitária no cenário da pandemia; Núcleo 3: O papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador no cenário da pandemia e Núcleo 4: Atualidades na Vigilância em Saúde no cenário da pandemia.

**Núcleo 1: O papel da Vigilância Epidemiológica no cenário da pandemia.**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A Vigilância Epidemiológica, eixo fundamental da Vigilância em Saúde, responsável pelo estudo das situações de saúde através do levantamento de dados que serão utilizados para avaliações e planejamentos, mostra-se como tema prevalente na revisão de literatura realizada. O estudo de Cavalcante e colaboradores (2020), que teve como objetivo descrever a evolução da COVID-19 no Brasil até a Semana Epidemiológica de número 20 de 2020 (meados de junho/julho) mostrou que até o fim da SE 20, no país havia 233.142 casos, 15.633 óbitos confirmados e 3.240 (58,2%) dos municípios apresentavam pelo menos um caso; o Brasil estava em uma fase anterior da pandemia quando comparado aos demais países, exceto Rússia e Turquia, em casos acumulados, e Canadá, em óbitos acumulados; as maiores taxas foram encontradas em Unidades da Federação da Região Norte, com o Amazonas apresentando as maiores taxas de incidência (4.474,6/1 milhão) e mortalidade (331,8/1 milhão), colocando o Brasil entre os países com maiores números de casos e óbitos confirmados, exibindo notáveis diferenças regionais.

Já o estudo de Moehlecke Iser e colaboradores (2020) teve como objetivo descrever os sinais e sintomas mais frequentes na infecção pelo vírus da síndrome respiratória aguda grave coronavírus 2 (SARS-CoV-2); de especial importância para as ações de Vigilância em Saúde, pois evidencia uma série de indicadores clínicos que apontam a possibilidade de infecção gerando o alerta do necessário isolamento do indivíduo com vistas a evitar o contágio e propagação da doença. A revisão narrativa da literatura realizada pelos autores supracitados mostrou que o espectro clínico da doença mostra-se variado; podendo incluir febre, tosse e dispneia como os sinais/sintomas mais frequentes, no entanto, paradoxalmente, podem também não estar presentes, dificultando a definição de caso; sintomas gastrointestinais e alteração de olfato ou paladar têm sido relatados entre casos leves; a dispneia acentuada é frequente entre casos graves e com evolução ao óbito. Assim, os autores indicam que, considerando a diversidade de sintomas, os serviços de saúde devem utilizar uma definição de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

caso sensível e a imediata testagem, de forma a serem adotadas ações adequadas de vigilância, prevenção e tratamento.

No que tange a testagem da população, ação fundamental de Vigilância Epidemiológica, o estudo de Lima e colaboradores (2020) buscou analisar as notificações de síndrome gripal segundo o intervalo de tempo decorrido entre início dos sintomas e realização do exame para COVID-19 no Brasil, evidenciando que entre 1.942.514 notificações, o tempo médio entre início dos sintomas e execução dos testes foi de 10,2 dias ( $\pm 17,1$ ). Entre testados, predominou o sexo feminino (55,1%), idade de 20-39 anos (43,8%) e região Sudeste (43,0%). O teste ELISA IgM foi realizado em tempo adequado para 58,8%; e o teste rápido-antígeno, em tempo inadequado para 68,0%. Os dados mostram que houve inadequação entre início dos sintomas e realização dos testes para COVID-19 nas regiões brasileiras.

O estudo de Santos e colaboradores (2021) evidenciou um contexto de repercussão negativa e rara da COVID-19 em crianças, trata-se da associação da doença com a síndrome de Kawasaki, conjunto de sintomas inflamatórios no sistema circulatório. O estudo mostra que a COVID-19 pediátrica e sua potencial associação com a síndrome de Kawasaki grave, ainda pouco conhecida pelos profissionais da saúde que atuam nessa área, reforçam a importância da testagem de pacientes com vasculite para o novo coronavírus e a necessidade de empreender alta vigilância e preparação do sistema de saúde durante a pandemia. E em relação a letalidade do COVID-19, o estudo de Escobar e colaboradores (2021), que descreveu as características dos óbitos por COVID-19 no estado de Rondônia, apresenta um recorte desse desfecho no país. Foram notificados 184.146 casos suspeitos, dos quais 49.804 foram confirmados como COVID-19, e 1.020 evoluíram para óbito (letalidade 2,1%). Observaram-se diferenças significantes estatisticamente entre as faixas etárias e a letalidade (p-valor  $< 0,001$ ); maior letalidade quanto maior a idade (procedimento de Marascuilo, significativo na comparação entre maiores de 60 anos com as demais faixas etárias); maior



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

óbito no sexo masculino (letalidade de 2,7%); e maior letalidade entre as pessoas de cor preta (3,0%). Logo, no local onde o estudo foi realizado, observou-se maior letalidade entre idosos, homens e pessoas pardas e pretas.

## **Núcleo 2: O papel da Vigilância Sanitária no cenário da pandemia.**

Como apontado anteriormente, a Vigilância Sanitária é um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, na produção e circulação de bens e na prestação de serviços de interesse da saúde. Em relação ao tratamento medicamentoso empregado na COVID-19, assunto ainda polêmico no mundo e, sobretudo no Brasil, Melo e colaboradores (2021) realizaram um estudo que teve como objetivo verificar as reações adversas a medicamentos (RAMs) nos casos de COVID-19. O estudo mostrou que foram identificadas 631 RAMs em 402 pacientes. Os medicamentos mais envolvidos foram hidroxiquina (59,5%), azitromicina (9,8%) e a cloroquina (5,2%). As reações se manifestaram prioritariamente no sistema cardíaco (38,8%), gastrointestinal (14,4%), tecido cutâneo (12,2%) e hepático (8,9%). A cloroquina (OR = 5,4; IC95%: 1,9-15,6) e a hidroxiquina (OR = 2,1; IC95%: 1,2-3,6) foram os únicos medicamentos associados a RAM grave. Os achados fornecem subsídios para melhores práticas em farmacovigilância, contribuindo para tomadas de decisões regulatórias efetivas e seguras pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária, para os pacientes e toda a sociedade.

## **Núcleo 3: O papel da Vigilância em Saúde do Trabalhador no cenário da pandemia.**

A principal característica da Vigilância em Saúde do Trabalhador é a promoção e proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho. O contexto da pandemia de COVID-19 configura-se como uma situação de exposição a riscos, para várias categorias profissionais, sobretudo os trabalhadores de saúde. O enfrentamento da doença expõe diversas situações de





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

risco laboral: exposição repetida ao patógeno; extensas jornadas de trabalho, associadas com múltiplos vínculos; cansaço; estresse ocupacional; estigmatização; violências física e psicológica; e capacitação incipiente e da insuficiência/indisponibilidade de equipamentos de proteção individual (EPI) (OMS, 2020). O estudo de Duarte e colaboradores (2020), que teve como objetivo descrever os casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde no Brasil, sendo visto que o perfil dos profissionais de saúde hospitalizados por COVID-19 é semelhante ao da população quanto à idade e comorbidades; porém, diferente quanto ao sexo, acometendo mais as mulheres. As áreas profissionais mais acometidas são a enfermagem e a medicina.

## **Núcleo 4: Atualidades na Vigilância em Saúde no cenário da pandemia.**

Durante a pandemia, de forma inédita, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) utilizou a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entrelaçada a vigilância da COVID-19. É o primeiro Instituto Nacional de Estatística de um país no mundo inteiro a realizar esse tipo de levantamento amostral de base domiciliar, com coleta de dados por entrevistas telefônicas durante a pandemia de SARS-CoV-2. O inquérito COVID-19 foi composto por um pequeno módulo de sete perguntas dentro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD-C), que teve como principal objetivo quantificar os principais efeitos da pandemia na população brasileira.

O módulo intitulado "COVID-19" abordou questões relacionadas aos 12 sintomas de síndrome gripal. A pergunta principal do módulo referia-se à presença/ausência desses sinais e sintomas na semana anterior ("Na semana passada, o(a) Sr(a) teve: [febre, tosse, dor de garganta, dificuldade para respirar, dor de cabeça, dor no peito, náusea, nariz entupido ou escorrendo, fadiga, dor nos olhos, perda de cheiro ou de sabor, dor muscular]"). A informação é fundamental para o controle de qualquer doença, mas ela se torna especialmente importante em se tratando de uma doença transmissível nova, sem medicamentos ou vacinas eficazes





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

disponíveis, em que as medidas de controle dependem tão intrinsecamente do conhecimento epidemiológico. A vigilância em saúde é a responsável por coletar sistematicamente as informações relevantes para a saúde da população, usando tradicionalmente notificações de casos que se apresentam em unidades de saúde e laboratórios como sua fonte primária de dados. Como alternativa a dados gerados durante a assistência à saúde, iniciativas como inquéritos sorológicos, vigilância participativa e até atividade *online* relacionada a certas palavras-chaves têm sido utilizadas. Neste contexto, segundo Penna e colaboradores (2020) a PNAD COVID-19 trouxe um conjunto de inovações para a vigilância em saúde.

## Considerações finais

Portanto, infere-se que a contribuição da Vigilância em Saúde no combate ao coronavírus é indispensável, visto que os estudos ressaltados compactuam em diversos pontos sobre essa afirmativa. Ademais, revelam que esta situação de saúde se trata de um evento sem precedentes recentes na nossa história, configurando-se como um período de grandes dificuldades no campo da saúde e da economia. Talvez essa seja a forma de anunciar uma mudança na relação com a saúde, tendo como horizonte uma proposta de ações em saúde alinhadas com as diretrizes do SUS e com o olhar atento a nossa relação com o mundo, com a natureza, em outras palavras, aos determinantes sociais da saúde. Como limitações de estudo, ressalta-se que há poucas publicações sobre a temática proposta, inclusive com a escassez de pesquisas que utilizaram ferramentas avaliativas para mensurar o protagonismo da Vigilância em Saúde na pandemia da COVID-19. Contudo, compreende-se a singularidade desse cenário de crise sanitária e as dificuldades existentes para pesquisas mais robustas. Com isso, não se adotaram, nessa revisão, instrumentos de avaliação da qualidade metodológica e dos riscos de vieses para os artigos selecionados. Porém, os mesmos estudos supriram as finalidades do levantamento de reflexões e propostas para o enfrentamento da pandemia num contexto de prevenção e promoção da saúde.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Agradecimentos

Ao professor Dr. Ramon Missias-Moreira, por toda doação no processo de ensino-aprendizagem durante a disciplina de Políticas Públicas de Saúde do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), turma 2021.1.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b., p. 224). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_brasil\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf) (Acessado em: 03 Jun. 2021).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: Covid-19 - Painel coronavírus** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> (Acessado em: 03 jun. 2021).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus e novo coronavírus: o que é, causas, sintomas, tratamento e prevenção**. <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus> (Acessado em 03 jun. 2021).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde: versão 7**[Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020b. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/normas/protocolo-de-manejo-clinico-do-> (Acessado em 06 jun. 2021).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). **Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2020 fev4** [citado 2020 Apr 27]; Seção Extra:1. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt188-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm) (Acessado em 07 jun. 2021).

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Ministério da Saúde declara transmissão comunitária nacional** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 Disponível em:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional> (Acessado em 08 jun. 2021).

CAVALCANTE, J. R.; CARDOSO, S.; AUGUSTO, C.; BREMM, J. M.; LOBO, A. P.; MACÁRIO, E.M.; OLIVEIRA, W. K.; FRANÇA, G.V.A. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, p. e2020376, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000400010> (Acessado em 08 jun. 2021).

CHENG, Z.J; SHAN, J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. **Infection**, v. 48, n. 2, p. 155-63, 2020. Available from: <https://doi.org/10.1007/s15010-020-01401-y> (Acessado em 07 jun. 2021).

DUARTE, Magda Machado Saraiva *et al.* Descrição dos casos hospitalizados pela COVID-19 em profissionais de saúde nas primeiras nove semanas da pandemia, Brasil, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, p. e2020277., 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500011>>. [Acessado 11 Junho 2021].

ESCOBAR, R; MONTEIRO, T.D.M; CAVALCANTE, J. Letalidade e características dos óbitos por COVID-19 em Rondônia: estudo observacional. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2020763, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100019>>. Acessado 11 Junho 2021]

ISER, BETINE PINTO MOEHLECKE *et al.* Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, e2020233, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300018>>. (Acessado 11 Junho 2021).

LIMA, Francisca Elisângela Teixeira *et al.* Intervalo de tempo decorrido entre o início dos sintomas e a realização do exame para COVID-19 nas capitais brasileiras, agosto de 2020\*. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, p. e2020788. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100010002>>. (Acessado 11 Junho 2021).

MELO, J.R.R. *et al.* Reações adversas a medicamentos em pacientes com COVID-19 no Brasil: análise das notificações espontâneas do sistema de farmacovigilância brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00245820, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00245820>>. [Acessado 11 Junho 2021]



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto-Enferm.**, v. 17, n. 4, p.758-64, 2008. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/169407/338975.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Acessado em 07 Jun 2021).

MOWBRAY, P.K; WILKINSON, A; TSE, H.H. Anintegrativereviewofemployeevoice: Identifying a common conceptualizationandresearch agenda. **RevInternational. Journal of Management Reviews**, v. 17, n. 3, p. 382-400, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijmr.12045>. (Acessado em 07 Jun 2021).

PENNA, Gerson Oliveira *et al.* PNAD COVID-19: um novo e poderoso instrumento para Vigilância em Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3567-3571, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.24002020>. [Acessado 11 junho 2021].

SANTOS, B.S.S; SANTOS, F.S; RIBEIRO, E.R. CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL RELATION BETWEEN SARS-COV-2 AND KAWASAKI DISEASE: AN INTEGRATIVE LITERATURE. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 39, e2020217. 2021. Available from: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2021/39/2020217>. (Acessado 11 junho 2021).

WHO. World Health Organization. **Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health 2020** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Available from: [https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-\(covid-19\)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health](https://www.who.int/publications/i/item/coronavirus-disease-(covid-19)-outbreak-rights-roles-and-responsibilities-of-health-workers-including-key-considerations-for-occupational-safety-and-health) [Acess 11 Jun 2021]

WHO. World Health Organization. **Novel coronavirus China: disease outbreak news** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Apr 27]. Available from: <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> (Acess 06 Jun 2021).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## REFLEXÕES SOBRE A REGIONALIZAÇÃO COMO GARANTIA DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Antonio Flavio Archangelo Junior<sup>1</sup>

**Resumo:** O processo de regionalização do Sistema Único de Saúde e seu possível impacto no acesso dos usuários dos serviços públicos de saúde foi o objeto da revisão integrativa que selecionou trabalhos publicados entre 2015-2020 com o objetivo de prover um aprofundamento advindo de reflexões analíticas e detectar possíveis achados para promover uma melhor compreensão do tema. A pesquisa fez parte de um esforço de operacionalizar o sistema municipal no momento em que o autor era um dos gestores do sistema na cidade de Rio Claro, interior de São Paulo, para isso a revisão integrativa foi realizada através da observância de seis passos: 1ª Fase: elaboração da pergunta norteadora; 2ª Fase: busca ou amostragem na literatura; 3ª Fase: coleta de dados; 4ª Fase: análise crítica dos estudos incluídos; 5ª Fase: discussão dos resultados; 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa. Como resultado pode-se citar que ao tentar aproximar o conceito de “regionalização” ao de “acesso”, a supracitada revisão enfrenta severas dificuldades, seja pela ausência propositiva da relação entre os termos ou pelo aparecimento, durante a análise crítica dos dados, de eixos temáticos próprios quando o assunto é regionalização. Ou seja, nos estudos avaliados, o tema “regionalização” sempre esteve ligado a outros, como por exemplo, o “direito à saúde”, o “financiamento” e a “organização territorial dos serviços de saúde”. O que não impediu de vislumbrar a necessidade de uma análise interdisciplinar para além da visão médico centrada para ultrapassar barreiras e entender as relações de poder entre os atores governamentais e os colegiados e os processos epidemiológicos e geográficos na constituição dos territórios regionais e seus aspectos materiais e imateriais. Por fim, ao analisar os atores e os meandros desses processos, é extremamente necessário, entender que a regionalização é um instrumento que visa o acesso do cidadão aos serviços, garantindo o direito universal à saúde e que para operacionalizar a regionalização (e suas ferramentas e normas) é primordial a suplantação do paradigma vigente com a presença de um olhar multidisciplinar visando fortalecer a construção de um consenso norteador que poderá guiar outras políticas regionais como uma alternativa viável para um país com dimensões continentais e assolado pela desigualdade regional.

**Palavras-chave:** SUS; Regionalização; Acesso aos Serviços de Saúde; Territorialização; Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

<sup>1</sup> Professor e pesquisador Mestre em Gestão da Clínica pela UFSCar e membro do Grupo de Estudos em Educação, Sexualidade, Tecnologias, Linguagens e Discursos (GESTELD/CNPq) e do GT de Avaliação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e-mail: [antonioarchangelo@gmail.com](mailto:antonioarchangelo@gmail.com)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

## **Introdução**

Com intuito de conseguir efeitos na prática como um dos gestores do Sistema Único de Saúde de Rio Claro/SP, busquei entender e refletir sobre a saúde pública municipal com base no conhecimento adquirido junto ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Entre os gargalos detectados com a vivência como gestor no SUS estava a dificuldade de compreensão de como a estratégia de “regionalização” operacionalizava o sistema de saúde local e qual o seu impacto (ou não), por exemplo, no acesso aos serviços por parte dos usuários. Com base ao resultado da revisão integrativa, realizada entre 2019-2021, oriunda da dissertação, sintetizei as reflexões sobre os aspectos da organização da saúde pública, com base em uma das estratégias encampadas nas agendas governamentais: a regionalização selecionando, para isso, estudos produzidos entre 2015 e 2020 que abordagem a temática e que revelariam um cenário nacional do desencadeamento da regionalização enquanto estratégia para o SUS. Mas o que é a regionalização?

Sabe-se que a regionalização, no caso da saúde, esteve presente na agenda dos governos em diversos momentos e, envolvem direta ou indiretamente, dois aspectos gerais: a pressão por serviços de saúde gratuitos e o combate à histórica desigualdade no território brasileiro. Ou seja, levar assistência e atendimento aos rincões brasileiro. A política nacional para a construção do SUS foi a descentralização, mais especificamente a municipalização, incapaz de resolver as desigualdades regionais presentes no acesso. Somente nos anos 2000, a regionalização passou a ser priorizada como estratégia organizativa, visando superar limitações decorrentes da descentralização (VIANA et al., 2017), emergindo dificuldades de “coordenação e cooperação federativa das profundas desigualdades em saúde (distribuição dos profissionais, equipamentos e recursos; garantia de acesso) e da fragmentação da lógica sistêmica e regional no funcionamento do sistema de saúde”.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Ao considerar-se a proposta de Viana et al. (2017, p. 18) que as fases que o processo de regionalização foram: 1 – Desenvolvimento regional e superávit fiscal (2003-2010); 2 - Desenvolvimento regional e superávit fiscal (2011-2014); 3 - Crise Fiscal e Mudança na política econômica ((2015-2016); e 4 - Ruptura institucional, crise fiscal e crise econômica (2016 até hoje); passa-se a pontuar a necessidade da lógica de planejamento integrado, sob a égide das noções de territorialidade, na identificação de prioridades e na conformação de sistemas funcionais de saúde, “de forma a garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis” (BRASIL, 2002, p. 52). Nesse contexto, o conceito “regionalização” encontrado nas normas e mesmo no Pacto pela Saúde, de 2006, fazem parte das etapas da



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

municipalização da Saúde (BRASIL, 1992, p. 1584), com a descentralização do comando da gestão do sistema para os entes federados.

Ou seja, pode-se afirmar que ao mesmo tempo que a regionalização (e o processo de descentralização e municipalização das ações de saúde) visava atender a demanda da população por serviços de saúde, do outro lado, o acesso pode ser, em certa medida, um remédio ao combate da desigualdade. Porém até que ponto os avanços como a criação de regiões de saúde - não balizadas por um arcabouço institucional que demandaria uma nova composição jurídica, ofereceram um terreno forte para o crescimento da visão mercantilista da saúde? A proposta do estudo foi, então, a de lançar luz ao entendimento da regionalização como um “modo” ou uma “configuração” para garantir a qualquer brasileiro o acesso aos serviços de saúde através de uma revisão integrativa de artigos científicos confeccionados entre 2015 e 2020.

## **Método**

Realizou-se a revisão integrativa com coleta de dados de fontes secundárias, ou seja, um estudo exploratório da produção do conhecimento sobre o tema ou assunto específico, nesse caso a “regionalização”, utilizando artigos científicos como fonte de análise na interpretação e análise crítico pessoal do autor (ROTHER, 2007, p. 20). Seguindo o roteiro para elaboração da revisão integrativa, na 1ª Fase houve a elaboração da pergunta norteadora. Para identificar a pergunta de pesquisa adotou-se a estratégia “PICO” acrônimo para Problema, Intervenção, Comparação e “Outcomes”. E mesmo não possuindo um claro comparador, já que em tese, todo o território nacional fora regionalizado, a utilização da estratégia foi endossada para facilitar o delineamento da questão norteadora da presente revisão: A regionalização contribui para garantir o direito do acesso universal aos serviços de saúde?



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Na 2ª Fase buscou-se a amostragem na literatura: A partir daí foi realizada a busca sistematizada nas bases da Biblioteca Virtual em Saúde que inclui Lilacs e SciELO e Medline da PubMed. Durante o processo dessa revisão, foram realizadas quatro buscas nas supracitadas bases de dados entre 2019 e 2020 com a utilização de descritores distintos.

Na 3ª Fase: coleta de dados, com maior sucesso, foram utilizados os descritores "Acesso aos Serviços de Saúde", "Equidade no Acesso aos Serviços de Saúde", "Acesso Universal aos Serviços de Saúde", "Regionalização"; Health Services Accessibility" e "Regional Health Planning", como a estratégia de busca, agregando os booleanos "OR" e "AND". Inicialmente foram encontrados 309 artigos. Com aplicação do filtro na pesquisa ("Últimos cinco anos + texto completo" na BVS e "5 years + Full text" na Pubmed) chegou-se a 40 estudos.

Na 4ª Fase: analisamos de forma crítica os estudos incluídos. Como critérios de exclusão adotou-se revisões; ensaios de opinião ou nos quais a regionalização surge como contexto e não como objeto primário. E, após a triagem, foram excluídas 23 pesquisas que não estavam em formato de artigo ou que não tinham como temática principal a "regionalização" Com os 17 artigos em mãos, passou-se a leitura crítica do conteúdo para ratificar a escolha dos estudos, sendo excluídos mais cinco estudos por realizarem reflexões sobre processos de regionalização fora do contexto do SUS e por não serem artigos científicos e, sim, manuais de orientações trilingües sobre metas para a gestão de recursos humanos no SUS. Então, chegou-se ao número de 12 artigos incluídos nesta revisão.

Na 5ª Fase foi realizada a discussão dos resultados: esta fase, a partir da análise crítica das sínteses, cada artigo foi descrito em uma ficha de análise: autores, ano de publicação, nome do artigo, área de conhecimento, tipo de artigo (qualitativo, conceitual, relato de experiência e quantitativo), tema ou objeto do estudo e tipo de fonte utilizada (primária ou secundária), e dos itens, intervenções estudadas, resultados e recomendações (ZAGATO, 2019, p. 10). Pois, a redução dos dados envolve a determinação de um sistema de classificação geral para o gerenciamento das diversas metodologias. Em princípio, os estudos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

devem ser divididos em subgrupos, de acordo com uma classificação estabelecida previamente, visando à facilitação da análise. Nas revisões integrativas, por exemplo, a categorização pode basear-se no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como em alguma classificação conceitual pré-determinada. (SOUZA et al., 2010, p. 105).

Sob a ótica de Bardin (2006, p. 119), os estudos foram, então, analisados, optando-se por identificar que o tema é uma unidade de significação. Para isso, percorreu-se passos analíticos para identificar as ideias centrais, classificar os temas e elaborar sínteses interpretativas. Na 6ª Fase: apresentação da revisão integrativa: Optou-se por uma apresentação clara para uma avaliação crítica dos resultados já que pode se basear no tipo de incidência, cronologia ou características da amostra, assim como em alguma classificação conceitual pré-determinada (SOUZA et al., 2010, p. 105).

## **Resultados e discussão**

A tentativa de estabelecer uma relação entre “acesso” e “regionalização” levou a pesquisa a severas dificuldades. Pois, quando se elabora a pergunta norteadora “A regionalização contribui para garantir o direito do acesso universal aos serviços de saúde?” percebe-se que a adoção da estratégia de regionalizar os serviços de saúde nem sempre garante acesso dos pacientes aos serviços de um determinado território. Por mais que se esforce em determinar categorias/temas para facilitar a análise, apareceram em quase todos os estudos, quando se foca o processo de regionalização do SUS, peremptoriamente: a organização territorial, o financiamento dos serviços de saúde e a saúde como direito. A tentativa desta pesquisa se concentrou, então, em como tais pilares fortaleceram/enfraqueceram a regionalização e seu possível impacto ao acesso.

No tocante a organização territorial pode-se citar como pontos de fortalecimento e enfraquecimento da regionalização:





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

- i) O processo de composição/criação do território e a organização dos serviços neles presentes, compreendendo aspectos materiais e imateriais;
- ii) A participação ativa e crítica dos espaços de construção e pactuação colegiadas como agentes reformadores e fiscalizadores, seja no Conselho de Saúde, na CIR, CIB, dentre outros;
- iii) O controle, monitoramento e fiscalização dos processos de referenciamento dos pacientes de determinada região aos serviços pactuados.

No tocante ao financiamento:

- i) O entendimento da dinâmica do financiamento do SUS e o processo de pactuação para o custeio de serviços não existentes em seu território;
- ii) A tutela dos recursos locais de fonte municipal para garantir a otimização de seu uso, evitando a criação de sistemas paralelos que contribuem para a fragmentação do sistema público;
- iii) Uso das instâncias colegiadas para atualização dos recursos dentro da lógica regional e não estritamente municipal.

No tocante a saúde como direito:

- i) A comunicação e seu funcionamento para auxiliar na cobrança e fortalecimento do SUS;
- ii) Ocupação proativa os espaços de discussão, monitoramento e fiscalização das políticas públicas do SUS;
- iii) Empoderamento das ferramentas e canais necessários para garantir o acesso aos serviços de saúde em sua saúde e os disponíveis em sua região.

## **Considerações finais**

É nítido que o processo de regionalização envolve diversos fatores e camadas de entendimento que perpassa pela população e pelos atores que o operam para registrar algum



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

êxito. Seja na organização territorial, na articulação regional, no envolvimento dos atores nos processos de pactuação dos recursos disponíveis em determinada região, como nos espaços colegiados, a regionalização e a disposição dos serviços públicos podem facilitar a compreensão de como o cidadão, através do controle social, pode garantir o acesso aos serviços. Há, todavia, por parte dos usuários e de alguns atores, uma lacuna de como as ferramentas ou instrumentos normativos podem auxiliar no processo de articulação e isso envolve o entendimento crítico de tais mecanismos. Não há regionalização na prática quando só atores envolvidos desconhecem o que é tá estratégia e para que serve. É claro, porém, que os conflitos, sobretudo nos interesses diversos ao do coletivo, seja da região de saúde ou dos atores envolvidos (ALMEIDA et al., 2019, p. 4528) formam barreiras que devem ser superadas, o que necessariamente, pode envolver, a necessidade de um melhor entendimento do gestor e do usuário.

Ter a percepção crítica de uma governança única e hierarquizada, como papel fundamental, é um dos pontos a ser superado seja devido à dificuldade de harmonização de uma governança trina (União, Estado e Município); a ausência legal de uma figura de governança regional; uma nova configuração territorial que, quiçá, poderá fortalecer as recentes Redes de Cuidado e a integralidade do cuidado. A melhor compreensão de que o processo de regionalização leva ao acesso e a consolidação do direito à saúde, necessita, porém, de realização de novas pesquisas, talvez com a criação de um indicador para " aferir " o acesso à saúde através de um índice de regionalização de uma região específica.

Não podemos finalizar sem lembrar, após supracitar os elos que devem ser eliminados ou fortalecidos, que os estudos apontam, claramente, a necessidade da interdisciplinaridade. Entendendo este conceito como uma postura pró-ativa para além da visão médico centrada, seja no diagnóstico, no tratamento e na gestão da clínica que envolve todo o percurso do usuário nas redes de cuidados de uma região específica. Só assim poderemos ultrapassar barreiras, visando entender processos e relações de poder entre os atores governamentais e



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

colegiados; e dos processos epidemiológicos e geográficos da constituição dos territórios regionais e seus aspectos materiais e imateriais.

Por fim, entender que a análise dos atores e os meandros dos processos de descentralização são extremamente necessários, construiremos um novo entendimento do processo de regionalização, sobretudo, de que é um instrumento que visa o acesso do cidadão aos serviços, garantindo, em outras palavras, o direito universal à saúde. Tal sugestão, pode ser um caminho a ser encampado por parte dos atores que operam o SUS e pela população no sentido de fortalecê-lo como política pública em um contexto visível de desmonte e precarização. Dito isso, a presença de olhares de diversas disciplinas ou campos de estudos humanos como geografia humana e política podem fortalecer a construção de um consenso norteador às políticas regionais como uma alternativa viável para um país com dimensões continentais e assolado pela desigualdade regional.

## Referências

ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; FILHO, M. T. M.; LIMA, L. D. Redes regionalizadas e garantia de atenção especializada em saúde: a experiência do Ceará, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 24, n. 12, p. 4527-4539, 2019.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto; Augusto Pinheiro, Lisboa: Edições 70, 2006. 225 p.

BRASIL. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS. **Portaria nº 234 de 07 de fevereiro de 1992**. Editar a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, p. 1584, 07 fev. 1992. Disponível em: [http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234\\_07\\_02\\_1992.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf). Acesso em: 16 nov. 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLITICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 373 de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional de Assistência à Saúde / SUS. NOAS-SUS 01/ 02. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 40, p. 52, 28 fev. 2002. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html). Acesso em: 16 nov. 2020.

DOWBOR. M. **Da inflexão pré-constitucional ao SUS municipalizado**. Lua Nova, São Paulo, v. 78, p. 185-222, 2009.

VIANNA, A. L. d'A.; IOZZI, F. L. Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, Suppl 2, p.1-12, out. 2019.

\_\_\_\_\_. A. L. d'A.; FERREIRA, M.P.; CUTRIM, M.A.B; FUSARO, E.R.; SOUZA, M.R.; MOURÃO, L.; CHANCHARULO, A.P.; MOTA, P.H.S. **Política de regionalização do SUS em debate**: avanços e impasses da implementação das regiões e redes no Brasil. Novos Caminhos, n.15. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. 2017. Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br). Acesso em: 16 nov. 2020.

ZAGATO, A. R. **Desafios para a Gestão da Saúde do Trabalhador**: uma revisão integrativa da literatura. Dissertação (Mestrado em Gestão da Clínica) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## A IMPLANTAÇÃO DA ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA NAS REDES DE ATENÇÃO DO SUS SERGIPE

Erik Vinícius Barros Guedes <sup>1</sup>

**Resumo:** A oferta de serviços odontológicos públicos no Brasil, restringia-se, praticamente, à Atenção Primária à Saúde. Entretanto, há aproximadamente 14 anos, esse panorama foi modificado no estado de Sergipe, com a construção e implantação da reforma sanitária, sendo instituído a criação de um padrão de integralidade para atender os cidadãos, por meio da construção das redes de atenção à saúde, e a inclusão paralela da Política de Saúde Bucal, promovendo um avanço na prestação de serviços especializados ambulatoriais, além de uma nova abordagem da atenção odontológica no território sergipano em seus diversos pontos de atenção. Dessa forma, é de suma importância expor a relevância e a inclusão da Política de Saúde Bucal no Estado de Sergipe, através da Reforma Sanitária SUS Sergipe, que teve como parâmetro a contribuição para o fortalecimento das ações de saúde bucal na atenção especializada e em seus demais níveis de assistência. A metodologia utilizada constituiu-se em uma busca não exaustiva na literatura, utilizando-se a vivência situacional e publicações oficiais onde foi possível extrair as informações a respeito do tema, além de livros e protocolos publicados pela Secretaria de Estado da Saúde, Fundação Estadual de Saúde e Ministério da Saúde. Sabe-se que nos dias atuais, a odontologia especializada possui um conjunto de procedimentos complexos, que geram um elevado custo, o que ocasiona a restrição por parte de gestores públicos no tocante a oferta e implantação/continuidade do tratamento realizado na Atenção Primária à Saúde. O estado de Sergipe, por meio da implantação da reforma sanitária e contribuição do programa Brasil Sorridente, ofertou a organização estratégica da rede de atenção desde o ano de 2008, focando na linha de cuidado de saúde bucal, onde foram implantados pontos de ofertas ambulatoriais, como: Os Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais, Serviço de Atendimento aos Fissurados do Estado de Sergipe, Unidade de Diagnóstico Oral e Odontológica para Pacientes Especiais, Ambulatório de odontologia para usuários com doenças sanguíneas e outros pontos compondo a rede horizontal,

<sup>1</sup> Cirurgião-Dentista pela Universidade Tiradentes, Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família - FANESE, Pós-Graduando em Controle Interno na Administração Pública - FAMA. e-mail: erikbarros@hotmail.com





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

que complementam a atenção ambulatorial no âmbito hospitalar do estado. Para que essa construção obtivesse sucesso e fosse eficaz, foram necessários implementar alguns pilares fundamentais, focando na qualificação dos trabalhadores, implantação de protocolos/fluxos e execução de ações com objetivo em melhorar as condições de saúde, bem como, incentivar as práticas de atenção, recuperação e promoção à saúde não deixando de problematizar pontos como a igualdade e a descentralização. Dessa forma, constatou-se a efetividade e compromisso dos gestores no referido estado, diante da compreensão da linha de cuidado, constatando a importância do Cirurgião-Dentista em seu papel social amplo, oferecendo melhorias na qualidade de vida dos usuários, através do acesso qualificado, integrando aos demais níveis de atenção, efetivando os princípios constitucionais do SUS e garantindo o direito de exercício de cidadania aos sergipanos.

**Palavras-chave:** Saúde coletiva; Odontologia; Reforma Sanitária; Brasil Sorridente; Atenção Especializada.

**Eixo Temático 1: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.**

## Introdução

O Cirurgião-Dentista, possui um papel amplo e de suma importância para a sociedade, tendo em vista, que sérios problemas podem ser prevenidos através da assistência à saúde pública. Dessa maneira, nas décadas de 1970 e 1980, o Brasil viveu o movimento da Reforma Sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ordenadora da formação de recursos humanos para a área da saúde (BRASIL, 1990).

Durante décadas, a oferta de serviços odontológicos esteve à margem das políticas públicas de saúde, onde o acesso da população era bastante insociável e negligenciado. A baixa oferta da assistência, comprometeu a continuidade da atenção, resultando na necessidade de realização de procedimentos odontológicos de média e alta complexidade; e as pessoas, sem ter a quem recorrer para solucionar os problemas, se submetiam a realização de procedimentos radicais, como a extração dentária.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS), executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, servindo de base para discussão da I Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1988). Passados 10 anos, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico na população, tendo como base para discussão da II Conferência Nacional de Saúde Bucal, gerando dados relativos à cárie dentária no Brasil (BRASIL, 1996). Tais dados evidenciam a carência da saúde bucal e serviram como impulsionadores de debates e discussões, onde no ano 2000, foi expedida a Portaria n.º 1444 de 28 de dezembro de 2000, estabelecendo recursos financeiros para implantação de uma Equipe de Saúde Bucal, para cada duas Equipes de Saúde da Família.

Dessa maneira, com a concepção que os municípios teriam a possibilidade do incentivo financeiro do Governo Federal para a oferta dos serviços, esperava-se a mudança do panorama e reorganização da atenção à saúde bucal, por meio da implantação das equipes de odontologia na modalidade I (Cirurgião-Dentista e Auxiliar em Saúde Bucal) ou na modalidade II (Cirurgião-Dentista, Auxiliar em Saúde Bucal e Técnico em Saúde Bucal). Sendo que, incluir ou não a equipe de saúde bucal na oferta da atenção básica ficaria a critério da gestão municipal. De acordo com os dados levantados no Sistema de Informação Atenção Básica/MS, em abril de 2001, no Estado de Sergipe, os municípios de Aracaju, Lagarto, Macambira e Moita Bonita foram os quatro primeiros a implantarem as suas Equipes de Saúde Bucal (FUNESA, 2011).

No ano de 2004, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal, vinculado ao Programa Brasil Sorridente, com objetivo de reorganizar, ampliar e qualificar os serviços odontológicos, de modo que não só realizassem procedimentos básicos, como também procedimentos especializados, tendo em vista, que esses não eram ofertados no SUS.

Nesse sentido, paralelo à necessidade da população e a realidade epidemiológica do Estado de Sergipe, em 2007, foi realizada a implantação da nova política de saúde, a partir da Reforma Sanitária Estadual do SUS de Sergipe, que passou a ter um novo sistema de saúde



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

pública focado nos três níveis de atuação (primária, secundária e terciária), com foco no usuário e assentado sobre os princípios da universalidade, descentralização e integralidade, fortalecendo e avançando na construção das Redes de Atenção à Saúde. Com o fim de implantar serviços especializados no âmbito regional, contribuiu para o fortalecimento das ações de Saúde Bucal, garantindo os direitos dos usuários e participando como ente importante na conformação da Rede de Atenção à Saúde Bucal.

## **Referencial teórico**

A Lei 8.080/90 do SUS institui a criação de redes de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, apoiadas nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dessa forma, quando algum caso extrapolasse a capacidade de um determinado nível de atenção e não contemplasse as suas atribuições, como, por exemplo: as limitações de procedimentos complexos nas Unidades de Saúde da Família, deveria recorrer a um serviço complementar, para garantir o cuidado integral do usuário.

Segundo Brasil (2004), a Política Nacional de Saúde Bucal, denominado Brasil Sorridente, tem como o principal objetivo reorganizar e qualificar as ações e serviços oferecidos, focado na oferta do tratamento odontológico gratuito aos brasileiros por meio do Sistema Único de Saúde, onde todos os municípios passam a ter a possibilidade de implantar Equipes de Saúde Bucal da Estratégia de Saúde da Família, Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e também Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD).

Para adesão ao Programa Brasil Sorridente, existem alguns critérios que o município solicitante precisa atender, como, por exemplo: possuir pelo menos um consultório odontológico equipado (BRASIL, 2016). No que diz respeito à implantação do CEO, seja ele municipal ou estadual é necessário apresentar a proposta no Conselho Municipal/Estadual de Saúde e, se aprovada, tramitar à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que nesse caso, no



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Estado de Sergipe, a instância regional de pactuação das políticas de saúde denomina-se de Colegiado Interfederativo Regional (CIR). As comissões ou colegiados, serão responsáveis por solicitarem o credenciamento dos CEOs ao Ministério da Saúde para apreciação do projeto, onde precisa constar o estudo técnico de implantação, as normas da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e as recomendações do manual de adequação visual do Programa Brasil Sorridente. Passados 3 (três) meses da publicação da portaria de credenciamento e recebimento do recurso de implantação, o gestor deverá enviar ao Ministério da Saúde, os demais documentos necessários, como: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), relação de equipamentos, imagens da unidade, registro de profissionais, dentre outros, para a habilitação e recebimento do incentivo mensal. Importante destacar que os CEOs assumem um papel de destaque junto à rede de saúde da família na busca da garantia da integralidade da atenção, da necessidade de mudança das condições bucais e para manter o programa ativo, pois, para garantir o recebimento do incentivo é necessário ter uma produção mínima em cada especialidade ofertada.

Existem outros serviços assistenciais ofertados no estado de Sergipe, entretanto, não são contemplados com o repasse de incentivo federal por meio do Programa Brasil Sorridente. Porém, complementam a atenção ambulatorial no âmbito hospitalar e podem ser implantados por meio de esforços, acordos e negociações entre os gestores municipais e estadual, frente à análise e necessidades de cada região, de modo a garantir aos usuários do SUS, a universalização do acesso e a integralidade da atenção.

## **Método**

Esse trabalho é de cunho qualitativo, guiado pela vivência situacional de gestão na Coordenação Estadual dos Centros de Especialidades Odontológicas de Sergipe, acompanhado de uma revisão de literatura, voltada para a Política Nacional de Saúde Bucal e Reforma



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Sanitária Estadual SUS Sergipe. O objetivo dessa análise é expor a inclusão, bem como, os seus avanços na implantação da Odontologia Especializada no Sistema Único de Saúde de Sergipe, permitindo auxiliar os gestores e equipes, sobre a importância do instrumento de assistência, controle, monitoramento e avaliação, de modo a responder às necessidades dos municípios, promovendo a regionalização, integrando na consolidação dos princípios da reforma sanitária e a melhoria dos indicadores de saúde da população.

Foi realizada uma busca investigativa, utilizando as palavras-chaves: saúde coletiva, odontologia, reforma sanitária, Brasil sorridente e atenção especializada, nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica (MS/DAB), banco de dados do Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde (SIA/SUS), Biblioteca da Escola de Saúde Pública de Sergipe e material editorial da Fundação Estadual de Saúde, além de registros teóricos de gerenciamento da Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, onde foi possível extrair informações a respeito do tema, utilizando os seguintes elementos: integralidade, equidade, descentralização, planejamento, trabalho integrado em equipe.

Em se tratando da Política Nacional de Saúde Bucal, foram incluídas publicações a partir do ano de 1988, quando lançadas as diretrizes, vinculados às práticas históricas de modelo na saúde bucal, expondo a reorganização da atenção à saúde e mudança da gestão nos processos de trabalho, voltadas ao modelo da atenção à saúde bucal na atenção primária, secundária e terciária.

Além disso, foram obtidos os indicadores de evolução no número de equipes de saúde bucal, desde o ano de 2001, e implantação de CEOs regionais em 2010, servindo de retaguarda para à Atenção Primária à Saúde, ofertando 100% de cobertura assistencial aos municípios. Sobre a coleta dos dados referentes à Atenção Especializada, isto é, à provisão de serviços odontológicos, foi realizada uma busca na Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe, bem como,





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

nos protocolos de atendimentos publicados e existentes na biblioteca da Escola de Saúde Pública de Sergipe, localizada na Fundação Estadual de Saúde.

## Resultados e discussão

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), buscou romper com o modelo de assistência utilizado na época, ampliando o acesso dos usuários, bem como, ampliando a oferta de serviços e a promoção em saúde. Apesar dos avanços, o sistema ainda enfrenta desafios, como: o subfinanciamento, a ausência de pessoas capacitadas na gestão e a diversidade socioeconômica do Brasil.

O acesso dos brasileiros à Saúde Bucal era extremamente difícil e limitado, fazendo com que as pessoas procurassem atendimento odontológico apenas em casos de dor. Essa demora na procura ao atendimento aliada aos poucos serviços odontológicos oferecidos fazia com que o principal tratamento ofertado pela rede pública fosse a extração dentária, perpetuando a visão da Odontologia mutiladora e do cirurgião-dentista com atuação apenas clínica (SPEZZIA, et al., 2015, p. 3).

Dentro da Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe, as diretrizes estão pautadas na garantia de uma rede de atenção básica articulada, na ampliação do acesso, na integralidade da atenção, na definição de política de educação permanente para os trabalhadores em saúde bucal, em pesquisas para investigar os principais problemas relacionados à saúde bucal e na articulação com outros setores, objetivando fluoretação das águas, educação em saúde e uso de substâncias fluoradas em atividades coletivas (FUNESA, 2011, p. 29).

Para transfigurar essa situação, em 2003, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente que tem melhorado a Atenção da Saúde Bucal no Brasil, garantindo ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, ocasionando alteração no cenário da oferta de serviços odontológicos, ampliando o acesso gratuito à população.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Com base nos dados da Diretoria de Atenção Básica, após 4 anos de implantação do Programa Brasil Sorridente, o Estado de Sergipe no ano de 2008 passou de 60,2% para 80,6% de cobertura, com 97,3% dos municípios com equipes implantadas. Já em 2010, o estado possuía 100% dos municípios com Equipes de Saúde Bucal implantadas (FUNESA 2011, p. 31).

Em 2007, ocorreu a Reforma Sanitária e Gerencial do SUS Sergipe, com foco no usuário, fora definida como espelho complementar, indutora e coordenadora do Sistema Único de Saúde, com base nos princípios da universalidade, descentralização e integralidade, instituindo a criação de um padrão de plenitude para atender as necessidades de saúde dos sergipanos. Na perspectiva da Política Nacional de Saúde Bucal, desde 2008, o Estado de Sergipe se dispôs a implantar serviços especializados no âmbito regional, tendo em vista que a população só tinha acesso a procedimentos básicos na Atenção Primária à Saúde, como: restaurações e exodontias. Dessa forma, participando como ente importante na conformação da Rede de Atenção à Saúde Bucal, a fim de contribuir para o fortalecimento das ações em todos os níveis de assistência, foi realizada a organização estratégica, pensando-se na linha de cuidado em saúde bucal como um dispositivo de acompanhamento da trajetória do usuário.

Nesse sentido, de acordo com Funesa (2013) para a construção da linha de cuidado, foi necessário a realização da qualificação dos trabalhadores através da educação permanente e formação técnica, implantação de protocolos com definição de fluxos, além do fortalecimento e compromisso do controle social, bem como, execução de ações com acolhimentos, trabalho em equipe, gestão participativa, educação permanente, vínculos, autonomia, intersetorialidade, promoção e vigilância em saúde.

A Política de Saúde Bucal implementada no Estado de Sergipe, estabeleceu uma nova abordagem da atenção odontológica no estado, tendo o seu usuário como o eixo de cuidado, assegurando os encaminhamentos e tratamentos das necessidades dos usuários por dentro da rede de atenção, dentro dos seus três níveis (atenção primária, secundária e terciária), garantindo a satisfação e objetivando a promoção da saúde. Como mecanismo de organização estratégica



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

da rede de atenção, o lugar inicial que deve acolher as necessidades do usuário é na Atenção Primária à Saúde, formada por Unidades de Saúde da Família (UBS ou Clínicas de Saúde da Família), responsável por sanar a maior parte das demandas da população, além de promover ações de prevenção e promoção com objetivo de melhorar a saúde da população.

Caso o usuário que se encontra em atendimento na atenção primária, seja diagnosticado com a necessidade de uma intervenção especializada, o mesmo é referenciado para a atenção secundária; com média complexidade, especificamente nos Centros de Especialidades Odontológicas, onde se concentra o maior número de especialistas no estado, criado para garantir a linha de cuidado e reestruturação da atenção primária (FUNESA, 2013). Atualmente o estado conta com 08 CEOs Estaduais/Regionais; sendo o último implantado no ano de 2020. Eles dão cobertura a 70 municípios e 05 CEOs estão sob gestões municipais (Figura 1). Procedimentos como Diagnóstico Bucal, Cirurgia Bucomaxilofacial, Periodontia, Endodontia, Atendimento à Pessoa com Deficiência e Oferta de Próteses Dentárias são ofertados pelos CEOs, seguindo a consonância do Programa Brasil Sorridente.

Figura 1. Mapa de Regionalização dos CEOs de Sergipe

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021



Fonte: PORTFÓLIO Fundação Estadual de Saúde. 2021.

Além disso, o estado possui outros pontos de oferta de serviços da média complexidade, como: Unidade de Diagnóstico Oral e Odontológica para Pacientes Especiais (Udope), localizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Sergipe – Campus Aracaju, também no Centro de Hemoterapia de Sergipe (Hemose) é disponibilizado o serviço ambulatorial de odontologia para usuários com doenças sanguíneas, e além disso, o Hospital São José realiza atendimentos aos usuários com fissuras lábios-palatais através da Sociedade



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Especializada em Atendimento ao Fissurado do Estado de Sergipe – SEAFESE (FUNESA, 2013).

Ainda compondo à rede de atenção de saúde bucal, no que diz respeito às intervenções odontológicas que necessitam de uma alta complexidade (nível terciário), o estado conta com a oferta do serviço de urgência para traumatismos faciais, lesões de câncer de boca e serviço de odontologia hospitalar no Hospital João Alves Filho, além do serviço de urgência para traumatismos faciais e cirurgias eletivas para pessoas com deficiência no Hospital Regional de Itabaiana – Dr. Pedro Garcia Moreno Filho.

Como parte componente da oferta de serviços de saúde bucal no âmbito hospitalar, são realizadas cirurgias eletivas e tratamento para lesões de câncer de boca na Fundação de Beneficência Hospital de Cirurgia, e cirurgias eletivas dos usuários com fissuras lábio-palatais no Hospital São José, bem como a realização de cirurgias eletivas para pessoas com deficiência no Hospital Universitário. Além disso, aqueles usuários que necessitem de um atendimento de urgência, o Hospital Municipal Zona Sul Desembargador Fernando Franco, realiza atendimento clínico/ambulatorial 24 horas.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 2. Fluxograma Inter-Redes



Sabemos, contudo, que a capacidade de resolução dessa rede ainda apresenta algumas limitações que precisam ser complementadas por ações e serviços, como, por exemplo: a ampliação da capacidade tecnológica, além do foco de acesso e prevenção na Atenção Primária nas Unidades de Saúde, para que os índices de acessos aos serviços especializados sejam minimizados. Todavia, os serviços existentes condizem com a hierarquização, universalização do acesso, integralidade da atenção, regionalização das ações de saúde e principalmente a corresponsabilização na oferta especializada frente às necessidades do usuário.

## Considerações finais



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Constatou-se a efetividade e compromisso com a Política de Saúde Bucal no estado de Sergipe, diante da compreensão da linha de cuidado, cuja meta foi reorganizar a qualificação e a prática das ações, ofertando e ampliando gratuitamente o tratamento odontológico por meio do Sistema Único de Saúde, constatando a importância do Cirurgião-Dentista em seu papel social amplo, oferecendo melhorias na qualidade de vida dos usuários, através do acesso qualificado, integrando aos demais níveis de atenção, efetivando os princípios constitucionais do SUS e garantindo o direito de exercício de cidadania aos sergipanos. Ressalta-se, ainda, e tomando como exemplo para os demais estados, de que a Política Nacional de Saúde Bucal seja pensada de forma regionalizada e esteja articulada com as demais políticas públicas, propiciando o desenvolvimento de ações intersetoriais, a superação das desigualdades sociais e o maior acesso às ações e serviços de saúde de forma integral.

## Referências

BRASIL. Lei nº 8080 - 19 set. 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, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em 03 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde - Divisão Nacional de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal:** Brasil, zona urbana. Ministério da Saúde: 1988. 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal:** 1ª etapa – cárie dental – projeto. Brasília; 1996.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

FUNESA. **Atenção à Saúde Bucal no Estado de Sergipe - Saberes e tecnologias para implantação de uma política.** Livro do Aprendiz 7. 1 ed. Aracaju, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da política nacional de saúde bucal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

SPEZZIA, S.; CARVALHEIRO, E. M. *et al.* Uma Análise das Políticas Públicas Voltadas para os Serviços de Saúde Bucal no Brasil. **Rev Bras Odontol**, v. 72, n. 1/2, p. 109-13, 2015. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v72n1-2/a21v72n1-2.pdf> Acesso em 08 de julho de 2021.

FUNESA. **A reforma sanitária e gerencial do SUS no Estado de Sergipe. Livro do Aprendiz 1.** 1 ed. Aracaju, 2011.

**PORTFÓLIO Fundação Estadual de Saúde.** [S. l.], 2021. Disponível em: <https://www.funesa.se.gov.br/wp-content/uploads/2021/02/PORTF%C3%93LIO-FUNESA.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

SAÚDE, Fundação Estadual. Secretaria Estadual de Saúde. **Protocolo dos Centros de Especialidades Odontológicas Estaduais.** Fabiana dos Santos André et.al. Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe. Aracaju: Fundação Estadual de Saúde – Funesa, 2013.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## DIFERENÇAS REGIONAIS ENTRE EQUIPES DE ATENÇÃO BÁSICA DO BRASIL SEGUNDO 3º CICLO DO PMAQ-AB

Muriel Stein Pezzini<sup>1</sup>  
Angela Israel Graeff Borges Capelete<sup>2</sup>  
Ana Flávia Redolfi Oliota<sup>3</sup>  
Maria Lucia Frizon Rizzotto<sup>4</sup>

**Resumo:** O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica foi criado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria 1.654 em 19 de julho de 2011, e foi considerado uma das principais estratégias para o avanço das equipes de Atenção Básica. As características de destaque foram a proposição de mudanças no funcionamento e organização dos serviços, o estímulo da cultura de avaliação de desempenho e a participação no financiamento das equipes através do incentivo financeiro. O programa teve caráter voluntário e aconteceu em todo o território nacional. Composto por etapas contínuas, ocorreram três ciclos onde as equipes passaram por um processo de mudança através da autoavaliação, avaliação externa e outras estratégias de desenvolvimento. Ao final de cada ciclo foi divulgada a lista de certificação das equipes a qual atribuiu uma nota e indicou o valor do repasse monetário para as mesmas. O terceiro e último ciclo se encerrou em 2019, a lista final categorizou as equipes entre desclassificadas, insatisfatória, ruim, regular, bom, muito bom e ótimo. O presente estudo, quantitativo, teve como objetivo comparar entre as cinco regiões do Brasil a classificação atribuída às equipes da Atenção Básica. Um total de 38.865 equipes (com e sem saúde bucal)

<sup>1</sup>Dentista pela UNIOESTE, Especialista em Gestão Pública em Saúde pela UNICAMP, Mestre em Biociências e Saúde pela UNIOESTE e Doutoranda em Biociências e Saúde pela UNIOESTE. Membro do Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS). UNIOESTE, Cascavel, Brasil, e-mail: [muriel\\_pezzini@hotmail.com](mailto:muriel_pezzini@hotmail.com).

<sup>2</sup>Enfermeira pela UNIOESTE, Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Assis Gurgazs, Mestre em Biociências e Saúde pela UNIOESTE, Doutoranda em Biociências em Saúde pela UNIOESTE, Membro do Grupo de Pesquisa em Estudos e Pesquisa em Práticas Educativas e Formação em Saúde (UNIOESTE/CNPq). UNIOESTE, Cascavel, Brasil.

<sup>3</sup>Farmacêutica pela UNIOESTE, Especialista em Farmácia Hospitalar pela UNIOESTE, Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UNIOESTE, Doutoranda em Biociências e Saúde pela UNIOESTE. UNIOESTE, Cascavel, Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira, Mestre em Educação pela UNICAMP, Doutora em Saúde Coletiva pela UNICAMP e Pós-doutorado pela UFSC, tendo realizado parte dos estudos do pós-doutorado no CENDES - Centro de Estudios del Desarrollo/UCV. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Políticas Sociais (GPPS). UNIOESTE, Cascavel, Brasil.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

foram agrupadas por região geográfica sendo 3.199 na região Norte, 14.489 Nordeste, 5.654 Sul, 12.854 Sudeste e 2.669 Centro Oeste. Através de estatística inferencial (Teste de Qui Quadrado para K proporções e Teste de Marascuilo) foi realizada a comparação das frequências de cada estrato (número de equipes em cada um dos sete estratos pelo total de equipes por região) entre as regiões. Os resultados mostraram que, estatisticamente, o quantitativo de equipes desclassificadas seguiu a ordem: 1º Norte, 1º/2º Nordeste, 2º Sudeste, 3º Sul e 4º Centro Oeste. Equipes insatisfatórias: 1º Norte, 1º/2º Sul e Sudeste, 2º/3º Nordeste e 3º Centro Oeste. Classificadas como ruim: 1º Norte, 2º Nordeste e Centro Oeste, 3º Sudeste e 4º Sul. Regular: 1º Centro Oeste, 2º Norte e Sul, 3º Sudeste e 4º Nordeste. Bom: 1º Nordeste, Sudeste e Sul, 2º Centro Oeste e 3º Norte. Muito bom: 1º Sudeste, 2º Nordeste e Sul, 3º Centro Oeste, 4º Norte. Ótimo: 1º Nordeste, 2º Centro Oeste, Sudeste e Sul e 3º Norte. Concluiu-se que dentre as cinco regiões, a Norte foi destaque nas três categorias inferiores (desclassificadas, insatisfatórias e ruins), já a região Nordeste esteve como primeira colocada no estrato de bom e ótimo, e segunda colocada em muito bom. No estrato intermediário de equipes regulares o primeiro lugar foi atribuído à região Centro Oeste.

**Palavras-chave:** PMAQ-AB; Políticas de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Estatísticas de Serviços de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) foi criado em 19 de julho de 2011, pela Portaria 1.654 do Ministério da Saúde (MS). Visto como uma iniciativa direcionada à qualidade da Atenção Básica (AB), à valorização da regionalização, ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e à cultura de avaliação, foi considerado o programa que melhor sintetizou a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) (GOMES; MERHY, 2016).

Com o principal objetivo de promover mudanças que elevassem a qualidade do acesso e dos serviços oferecidos na AB do País, o programa surgiu através da pactuação entre as esferas de Governo Federal, Estadual e Municipal, trabalhadores e usuários. O MS firmou o PMAQ-





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

AB como principal estratégia indutora de mudanças nas condições e modos de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2017).

A tentativa de estimular mudanças no modelo assistencial e na gestão, promover o desenvolvimento dos profissionais e conduzir os serviços de acordo com a necessidade dos usuários, foram destaque do programa. Foi uma estratégia que valorizou a criação de espaços para diálogo, problematização e negociação entre todos os envolvidos na AB, gestão, profissionais e usuários. O programa preza pela transparência e divulgação de todas as informações e dados coletados, como forma de fortalecer a participação de todos (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

O PMAQ-AB influenciava ainda parte do financiamento da Atenção Básica, através do chamado PAB Variável. Até 2007, o financiamento federal da AB era composto apenas pelo componente per capita, o Piso de Atenção Básica Fixo (PABF), e pelo componente de indução de expansão da ESF, o PAB Variável (PABV). O único fator que interferia no financiamento era o modelo assistencial que a equipe seguia, dentre as opções dispostas na PNAB. Em 2011 foi criado o componente de qualidade, o qual era incluído no PABV e associava os processos de adesão voluntária, contratualização de compromissos e avaliação ao repasse de recursos financeiros aos municípios (BRASIL, 2012).

Como estímulo para que as equipes alcançassem os objetivos propostos, após a adesão ao programa o município passava a receber, mensalmente, um adicional de 20% no componente de qualidade, por equipe cadastrada, e a depender da sua classificação final o adicional poderia chegar a 100% (BRASIL, 2017). Os recursos recebidos poderiam ser utilizados para o financiamento da AB da forma que o município julgasse necessário (BALDANI et al., 2018). O incentivo financeiro era um estímulo às gestões municipais, que poderiam estender significativamente o recurso recebido, e também às equipes através da autonomia para utilização de lógicas de premiação e remuneração baseadas em resultados e desempenho (FEITOSA et al., 2016).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A união de diferentes ações aconteceu sob o formato de uma estratégia que se desdobrou em fases de contratualização de objetivos e ações de mudança da realidade (CAMPOS, 2003). O programa estabeleceu um conjunto de padrões de qualidade para direcionar os atores locais a identificá-los, problematizá-los e definir quais são as ações prioritárias de acordo com cada realidade. O PMAQ-AB avaliava, reconhecia e premiava as equipes de acordo com o avanço em direção ao esperado, incentivando o constante fluxo de mudanças (PINTO; SOUSA; FLORENCIO, 2012).

O terceiro ciclo do PMAQ-AB foi composto por três fases, sendo elas: adesão e contratualização, certificação e recontratualização. Para o presente estudo foi destacada a fase de certificação que segue as definições do Art. 6º da Portaria 1.645 do MS, de 2 de outubro de 2015. A etapa de certificação das equipes participantes do PMAQ-AB, foi entendida como um momento de avaliação e de reconhecimento do esforço das equipes e do gestor municipal para melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica. A nota atribuída às equipes foi composta pela junção, em pesos diferentes, da avaliação externa de desempenho (60%), verificação da realização de momento autoavaliativo (10%) e avaliação de desempenho do conjunto de indicadores contratualizados (30%) (BRASIL, 2015).

As equipes que passaram pelo processo avaliativo, foram classificadas segundo o desempenho entre ótimo, muito bom, bom, regular e ruim. As que não alcançaram os padrões de qualidade considerados essenciais pelo Manual Instrutivo do PMAQ-AB, foram classificadas com desempenho ruim. As equipes que alcançaram uma nota mínima juntamente com os padrões considerados estratégicos, foram classificadas como desempenho ótimo. Existiram ainda equipes consideradas desclassificadas e insatisfatórias por não cumprirem o padrão mínimo exigido, deixando assim de receber o repasse financeiro até a conclusão do ciclo em questão (BRASIL, 2017).

Era previsto que os ciclos do programa durassem 24 meses cada, o que não ocorreu. O 1º ciclo durou 12 meses e foi o mais curto, o 2º ciclo 31 meses e o 3º ciclo o mais longo com



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

43 meses. Em 2019, juntamente à divulgação da lista de certificação do 3º ciclo, foi anunciado o fim do programa e o redirecionamento dos recursos dentro da nova política governamental. Tais mudanças podem estar relacionadas à crise econômica e à redução de recursos para a saúde. Os primeiros ciclos ocorreram em um período de aumento do investimento na AB, enquanto o terceiro ciclo teve início em um contexto de restrição orçamentária (CAVALCANTI; FERNANDEZ, 2020).

Atualmente a Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019, estabeleceu novo modelo de financiamento da AB. O custeio passou a ser constituído por captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas, extinguindo o PABF e PABV. O PMAQ-AB também teve seus ciclos paralisados, estando atualmente fora das políticas de financiamento e desenvolvimento da AB (BRASIL, 2019).

A AB é marcada por um alto grau de descentralização, acontecendo junto à vida das pessoas, analisando risco, vulnerabilidade e direcionando estratégias às populações de territórios definidos. Com o principal objetivo de desenvolver um cuidado integral, que sofre influência da condição de saúde das pessoas no âmbito individual e dos determinantes e condicionantes coletivos (MENDES, 2010). A organização dos serviços, estruturas e processo de trabalho que ocorre nas unidades representa um importante papel de desempenho dos governos locais. A avaliação permite comparar os serviços de saúde com intuito de melhorar as ações disponibilizadas tornando o sistema mais resolutivo e de qualidade (KASHIWAKURA; GONÇALVES, 2021).

O PMAQ-AB incentivou ampla e intensivamente o avanço do serviço de saúde e ainda permitiu, através dos seus resultados e banco de dados, que fossem feitas inúmeras análises de nível nacional. O presente estudo teve como objetivo avaliar as diferenças de classificação de desempenho entre as cinco regiões do Brasil através dos resultados do 3º e último ciclo do programa.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Método

A pesquisa tem caráter quantitativo. Envolveu todas as equipes de Atenção Básica (com e sem saúde bucal) do Brasil, participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB e presentes na 2ª lista de certificação, Portaria nº 874 do Ministério da Saúde. Um total de 38.865 equipes, agrupadas por região como indicado na última coluna da tabela 1.

Os dados secundários foram coletados da 2ª lista de certificação (última atualização disponível até a realização do estudo) do terceiro ciclo do PMAQ-AB, Portaria nº 874 divulgada em 10 de maio de 2019, disponível para acesso público no banco de dados do site do Ministério da Saúde (<http://aps.saude.gov.br/ape/pmaq>). A lista de certificação, organizada em um planilha do Excel®, indica a classificação final de todas as equipes participantes bem como o valor do repasse financeiro para cada uma. Foram atribuídos sete estratos classificatórios do desempenho das equipes: desclassificado, insatisfatório, ruim, regular, bom, muito bom e ótimo. Os dados extraídos foram organizados em novas planilhas, agrupados em regiões geográficas e divididos entre os sete estratos, como indicado também na tabela 1.

Tabela 1. Distribuição das equipes (eAB e eSF) participantes do terceiro ciclo do PMAQ-AB, segundo região do País e estrato classificatório. Brasil, 2019.

Região	Classificação							Total
	Desclassificado	Insatisfatório	Ruim	Regular	Bom	Muito bom	Ótimo	
Norte	200	14	1078	1133	565	190	19	3199
Nordeste	750	6	2355	3805	4379	2411	783	14489
Sul	189	11	631	2030	1723	922	148	5654
Sudeste	592	15	1767	3807	3929	2391	353	12854
Centro								
Oeste	43	0	457	1065	722	324	58	2669
Brasil	1774	46	6288	11840	11318	6238	1361	38865

Fonte: 2ª lista de certificação, Ministério da Saúde, 2019.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

A análise dos dados foi realizada através de estatística inferencial, para comparação das frequências de cada estrato (número de equipes em cada um dos sete estratos pelo total de equipes por região) entre as regiões. Foram aplicados os testes de Cochran Mantel Haenszel para verificar a presença de diferenças estatísticas significativas, seguido do Teste Qui-quadrado para K proporções e Marascuilo para análise das frequências.

## Resultados e Discussão

Para o estrato de equipes consideradas desclassificadas a região Norte apresentou a maior porcentagem, seguida da região Nordeste, Sudeste, Sul e Centro Oeste. Dentre equipes insatisfatórias, a região Norte apresentou também o maior índice, em sequência as regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro Oeste. Novamente no estrato de equipes consideradas com desempenho ruim, a região Norte obteve a maior frequência, após ela Nordeste, Centro Oeste, Sudeste e Sul.

Em um nível intermediário, com desempenho considerado regular, a região Centro Oeste apresentou a maior porcentagem de equipes dentre todas, em sequência as regiões Norte, Sul, Sudeste e Nordeste. O estrato de desempenho bom teve maior frequência na região Nordeste, depois Sudeste, Sul, Centro Oeste e Norte. Equipes com desempenho considerado muito bom foi maior na região Sudeste, Nordeste, Sul, Centro Oeste e Norte. Finalizando com o desempenho mais alto, considerado ótimo, a região Nordeste apresentou a maior porcentagem de equipes seguidas da região Centro Oeste, Sudeste, Sul e Norte. A tabela 2 indica os dados detalhados com porcentagens, análise e descrição estatística:

Tabela 2. Porcentagens referentes ao número de equipes por regiões e por estrato classificatório, segundo lista de certificação do 3º ciclo do PMAQ-AB. Brasil, 2019.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Classificação	Região					P valor
	Norte	Nordeste	Sul	Sudeste	Centro Oeste	
Desclassificado	6,25 <sup>a</sup>	5,18 <sup>a/b</sup>	3,34 <sup>c</sup>	4,61 <sup>b</sup>	1,61 <sup>d</sup>	<0,0001
Insatisfatório	0,44 <sup>a</sup>	0,04 <sup>b/c</sup>	0,19 <sup>a/b</sup>	0,12 <sup>a/b</sup>	0 <sup>c</sup>	<0,0001
Ruim	33,7 <sup>a</sup>	16,25 <sup>b</sup>	11,16 <sup>d</sup>	13,75 <sup>c</sup>	17,12 <sup>b</sup>	<0,0001
Regular	35,42 <sup>b</sup>	26,26 <sup>d</sup>	35,90 <sup>b</sup>	29,62 <sup>c</sup>	39,9 <sup>a</sup>	<0,0001
Bom	17,66 <sup>c</sup>	30,22 <sup>a</sup>	30,47 <sup>a</sup>	30,57 <sup>a</sup>	27,05 <sup>b</sup>	<0,0001
Muito bom	5,94 <sup>d</sup>	16,64 <sup>b</sup>	16,31 <sup>b</sup>	18,6 <sup>a</sup>	12,14 <sup>c</sup>	<0,0001
Ótimo	0,59 <sup>c</sup>	5,4 <sup>a</sup>	2,62 <sup>b</sup>	2,75 <sup>b</sup>	2,17 <sup>b</sup>	<0,0001
Total	100%	100%	100%	100%	100%	

Fonte: Dados da análise estatística da pesquisa.

\*Na mesma linha, letras iguais representam valores estatisticamente iguais e letras diferentes representam valores estatisticamente diferentes. Em sequência alfabética.

\*\* P valor referente ao Teste de Qui Quadrado para K proporções.

Considerado um método inovador com a criação de ações particulares e atuando juntamente com as preexistentes, como a institucionalização da avaliação e monitoramento. Delineado como uma estratégia de mobilização de atores locais para debater problemas e situações entendidas como essenciais para o desenvolvimento e a qualificação da AB no Brasil, o PMAQ-AB buscou o desenvolvimento de uma dinâmica de atuação, negociação e gestão, que impulsionasse permanentemente a ação local para mudanças efetivas (PINTO, 2011).

Dentre todas as dificuldades existentes para a efetivação do Sistema Único de Saúde, em especial na Atenção Básica, despontam as desigualdades socioeconômicas e de saúde presentes em todo o território nacional. Tais dificuldades sofrem agravos quando em regiões menos favorecidas, com variações geográficas e com uma gestão limitada (DUARTE et al., 2015).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Entre as cinco regiões, a Norte foi destaque nas três categorias inferiores (desclassificadas, insatisfatórias e ruins). Algumas peculiaridades da região justificam a existência de dificuldades assistenciais como as características geográficas, em que grande parte da população é rural e ribeirinha. Os empecilhos no deslocamento e a oferta de atendimento são fatores que influenciam em possíveis insuficiências e falhas no cuidado (GARNELO et al., 2018).

A região sofre com a baixa oferta de profissionais de saúde. A disponibilidade de médicos nas capitais em comparação com a região Sul, chegou a ser 3 vezes menor e com a região Sudeste 4 vezes menor (SILVEIRA; PINHEIRO, 2014). A dificuldade de fixação dos profissionais, insuficiência na rede de serviços, infraestrutura sanitária inadequada e pouco resolutiva também estão presentes. O repasse de recursos federais é inferior às outras regiões, acompanhado da baixa institucionalidade e descontinuidade nas políticas do governo federal e a restrita capacidade de gestão no âmbito municipal (GARNELO; SOUSA; DA SILVA, 2017).

A região Nordeste esteve como primeira colocada no estrato bom e ótimo, e segunda colocada em muito bom. Pioneira na implantação do Programa Saúde da Família, a região apresenta elevada cobertura de equipes que trabalham no modelo assistencial proposto pela estratégia (VIACAVA, 2010). Estudos destacam que a região Nordeste teve expansão dos serviços de APS por meio da ESF, com ênfase para as regiões menos favorecidas, resultando em uma melhoria na distribuição de recursos e redução de desigualdades (SILVA et al., 2021).

Estudos mostram alguns pontos que podem influenciar nos resultados positivos da região Nordeste. Facchini et al., (2006) relataram que a região apresentou uma grande capacidade de descentralização, a existência de oficinas de trabalho, cursos de capacitação, atividades de educação permanente, reuniões com o Conselho Municipal de Saúde. Em estudo realizado por Silva et al., (2021) 95,2% das equipes relataram realizar reuniões periódicas, 87,6% monitoramento dos indicadores e informações de saúde, 87,2% realização de processos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

auto avaliativos. Ainda 91,2% recebem apoio permanente da gestão municipal e 93,9% recebem apoio de outros profissionais para a resolução de casos considerados complexos.

No estrato intermediário de equipes regulares o primeiro lugar foi atribuído à região Centro Oeste, corroborando com o estudo de Kashiwakura e Gonçalves (2021), onde 78,4% das Unidades Básicas de Saúde da região foram classificadas com a tipologia regular em relação à sua infraestrutura, e demonstraram melhora entre o primeiro e segundo ciclos do PMAQ-AB. O estudo ainda relacionou os elevados Índices de Desenvolvimento Humano com maiores investimentos na saúde, melhor acesso e qualidade dos serviços, podendo associar aos resultados observados na região Centro Oeste.

Iniciativas e investimentos federais voltados para a AB justificam o seu desenvolvimento em todo o País. Foram criados programas como o PMAQ-AB, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa de Valorização da Atenção Básica e o Programa Mais Médicos. Neves et al., (2018) sugerem que a implantação da ESF favorece o aumento da cobertura e efetividade da AB em todas as regiões, influenciada também pela gestão dos municípios e unidades federativas destinando recursos financeiros para investimento neste nível de atenção.

Em um balanço dos avanços e problemas da AB brasileira as dificuldades se relacionam à estrutura física, insuficiência de profissionais de saúde, processo de trabalho, acesso e qualidade dos serviços da ESF no País (FACCHINI et al., 2006). Para maior benefício da população e melhor desempenho das equipes, ainda é necessário o estímulo financeiro, técnico e político à rede básica de saúde no País. Os investimentos em infraestrutura são urgentes para que as Unidades Básicas de Saúde se adequem ao padrão da ESF (KASHIWAKURA; GONÇALVES, 2021).

O adequado enfrentamento dos principais problemas do PSF podem incrementar significativamente seu desempenho e impacto positivo na saúde da população. Direcionar as práticas das UBS para as vulnerabilidades sociais e os problemas de saúde facilitam a definição



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

de ações resolutivas. A implantação de momento de avaliação e monitoramento de saúde favorecem o desenvolvimento do sistema.

Os avanços propiciados pelo PMAQ-AB são percebidos através do crescimento do repasse oferecido a cada equipe, que foi significativo e causou grande impacto na AB. Antecedendo a criação do programa, em 2011 o repasse financeiro foi de 70 milhões de reais, em 2012 após o primeiro ciclo o valor passou para 700 milhões. O PABV aumentou de 2010 até 2014 de 5,92 bilhões de reais para 11,17 bilhões, atribuindo-se 30% esse feito a criação do PMAQ-AB (PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). Os recursos repassados para os municípios cresceram, acompanhando a participação de equipes, chegando a um total de mais de 12 bilhões até agosto de 2019 (BRASIL, 2019).

## **Considerações finais**

Como um dos objetivos do programa, permitir a comparação nacional de todas as equipes participantes, os resultados deste estudo permitem perceber que ainda existem grandes disparidades entre as cinco regiões.

As desigualdades socioeconômicas ainda refletem diretamente na qualidade e acesso dos serviços de saúde. O histórico de implantação da Estratégia Saúde da Família parece interferir também, tendo visto que regiões com mais cobertura da estratégia apresentaram melhores resultados. Como destaque a região Norte com o extremo das classificações inferiores e a região Nordeste com o extremo das classificações superiores.

O PMAQ-AB foi considerado uma das maiores políticas indutoras de mudanças e de financiamento da AB e durante todo o seu decorrer contribuiu para avanços em todo o País. A paralisação do programa e o novo modelo de financiamento podem ser decisivos para a retenção do progresso obtido.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Referências

BALDANI, M. H.; RIBEIRO, A. E.; GONÇALVES, J. R. S. N.; DITTERICH, R. G. Processo de trabalho em saúde bucal na atenção básica: desigualdades intermunicipais evidenciadas pelo PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 145–162, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011, Política Nacional De Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PNAB Portaria N° 1.645, de 2 de outubro de 2015. Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Brasília, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF. 2017.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAVALCANTI, P.; FERNANDEZ, M. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: uma análise das principais mudanças normativas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 3, p. 1–25, 2020.

DUARTE, C. M. R.; PEDROSO, M. M.; BELLIDO, J. G.; MOREIRA, R. S.; VIACAVAL, F. Regionalization and human development: A typology of health regions in Brazil. **Cadernos de saude publica**, v. 31, n. 6, p. 1163–11674, 2015.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S. **Relatório Final do Projeto de Monitoramento e Avaliação do Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF)**. Pelotas, RS: UFPEL; 2006.

SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: Institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. **Ciencia e**





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Saude Coletiva, v. 11, n. 3, p. 669–681, 2006.

FEITOSA, R. M. M. PAULINO, A. A.; LIMA JÚNIOR, J. O. S.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M.; SILVA, W. F. Mudanças ofertadas pelo programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica. **Saude e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 821–829, 2016.

GARNELO, L.; LIMA, J. G.; ROCHA, E. S. C.; HERKRATH, F. J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 81–99, 2018.

GARNELO, L.; SOUSA, A. B. L.; DA SILVA, C. D. O. Health regionalization in Amazonas: Progress and challenges. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1225–1234, 2017.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise política do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. In: GOMES, L. B.; BARBOSA, M. G.; FERLA, A. A. *Atenção básica: olhares a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. p. 49-73.

KASHIWAKURA, H. K.; GONÇALVES, A. DE O. Gastos E Infraestrutura Básica De Saúde Em Municípios Do Centro-Oeste Do Brasil: Um Estudo Exploratório. v. 10, p. 131–150, 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde Health care networks. **Ciencia & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297–2305, 2010.

NEVES, R. G.; FLORES, T. R.; DURO, S. M. S.; NUNER, B. P.; TOMASI, E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil**, v. 27, n. 3, p. e2017170, 2018.

PINTO, H. A.; KOERNER, R. S.; SILVA, D. C. A. Prioridade se traduz em mais e melhores recursos para a atenção básica. [Internet]. Brasília, DF: Rede de Pesquisas em Atenção Primária à Saúde, Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2012. Disponível em: <<http://www.rededepesquisaaps.org.br/2012/06/18/prioridade-se-traduz-em-mais-e-melhores-recursos-para-a-atencao-basica/>> Acesso em: 22 julho 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

PINTO, H. A.; SOUSA, A.; FLORÊNCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Reciis**, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A. DE; FERLA, A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, v. 38, n. especial, p. 358–372, 2014.

SILVA, G. T.; CARVALHO, F. O.; VIEIRA-MEYER, A. P. G. F.; GOMES, G. M. S.; BEZERRA, L. M. M. R.; CAMELO, R. V.; BARBOSA, V. C. Planning and support in the work process of phc teams in the northeast: Analysis of the pmaq-ab (3rd cycle). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1749–1755, 2021.

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.

VIACAVA, F. Os brasileiros e os serviços de saúde. **Radis** 96, 2010.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## APLICAÇÃO DA ABORDAGEM BASEADA NO COMPORTAMENTO ALIMENTAR EM ATENDIMENTO NUTRICIONAL AMBULATORIAL NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

Janiele Silva de Azevedo<sup>1</sup>  
Renata Samali Dantas de Souza<sup>2</sup>  
Renatha Celiana da Silva Brito<sup>3</sup>

**Resumo:** O Sistema Único de Saúde (SUS) é organizado em três níveis de atenção: primária, secundária e terciária. O profissional nutricionista atua em todos os níveis, mas é na Atenção Secundária à Saúde (formada por serviços especializados de tecnologia intermediária), que realiza assistência ambulatorial individualizada voltada à recuperação da saúde e do estado nutricional dos pacientes que apresentam patologia de base ou que apresentam condições clínicas em decorrência delas como fator de risco nutricional, exigindo, portanto, cuidados dietéticos específicos. Habitualmente o atendimento nutricional é centrado na prescrição de dietas, que não levam em consideração a história de vida do paciente e a mudança de comportamento, não tendo, portanto, adesão continuada ao tratamento e resultado efetivo a longo prazo, o que torna necessário a reavaliação das estratégias e abordagens utilizadas. O presente trabalho objetiva relatar a experiência da utilização de uma abordagem focada no comportamento alimentar em atendimentos nutricionais na Atenção Secundária à Saúde, em um município no interior do Estado do Rio Grande do Norte/Brasil. Os atendimentos ocorreram presencialmente (com profissionais vacinados e devidamente equipados para proteção de possível transmissão e contaminação do COVID-19), visando melhor articulação e vínculo entre o serviço e a população. Durante os atendimentos foi priorizado o uso de uma abordagem focada na mudança do comportamento alimentar, levando em consideração a história de vida do paciente, sua cultura, hábitos alimentares, rotina, entre outros aspectos. De forma geral, as demandas estavam direcionadas a perda de peso, controle de doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias e outras. Entre as estratégias adotadas nos atendimentos, os profissionais aplicaram a ferramenta da

---

<sup>1</sup>Nutricionista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Currais Novos - RN, Brasil, [janiele.azevedo2@gmail.com](mailto:janiele.azevedo2@gmail.com)

<sup>2</sup>Nutricionista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Currais Novos - RN, Brasil

<sup>3</sup>Nutricionista, Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Faculdade de Ciências da Saúde do Trairi, Currais Novos - RN, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

entrevista motivacional, traçando, junto ao paciente, metas, mudanças, plano alimentar, educação nutricional com grupos alimentares, a partir da análise dos próprios pacientes sobre os hábitos de estilo de vida, incluindo alimentação, saúde mental e física. O acompanhamento era realizado quinzenal ou mensalmente a depender da necessidade do paciente sobre suas condições clínicas e adesão ao tratamento. Em cada encontro as estratégias eram avaliadas, modificadas e ajustadas, de acordo com a evolução do caso. Foi observado que os pacientes tiveram boa adesão à abordagem e às estratégias implantadas no serviço de saúde, especialmente a partir do acompanhamento longitudinal. Viu-se a efetividade dos instrumentos utilizados, como diário alimentar, a partir dos relatos e feedbacks dos pacientes quanto a facilidade e fluidez em suas aplicações diárias. O maior objetivo nos tratamentos era proporcionar autonomia alimentar sob orientação guiada. Portanto, a utilização dessa abordagem e adoção dessas estratégias parece ter sido mais eficaz nas modificações de comportamento alimentar e construção de hábitos mais saudáveis dos pacientes, quando comparada à abordagem prescritiva tradicional. Além disso, os pacientes pareciam se colocar como autores do processo de mudança de comportamento e assumirem a responsabilidade sobre suas escolhas alimentares. Dessa forma, conclui-se que a abordagem nutricional baseada no comportamento alimentar é uma alternativa eficaz de tratamento na Atenção Secundária à Saúde, com resultados a longo prazo e reais mudanças comportamentais, reforçando a importância da motivação e autonomia dos pacientes.

**Palavras-chave:** Acompanhamento Nutricional; Atenção Secundária à Saúde; Atendimento Ambulatorial; Comportamento Alimentar; Sistema Único de Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos mais complexos sistemas de saúde pública do mundo e oferece um grande conjunto de ações e serviços que envolvem diferentes níveis de atenção: atenção primária, primeiro contato do indivíduo com o serviço e responsável pela organização e longitudinalidade da atenção à saúde da população; atenção secundária, responsável pela assistência nas demandas com necessidade especializada; e terciária, quando as patologias e condições clínicas necessitam de intervenções de urgência e emergência (BRASIL, 1990; KAHAN; GOODSTADT, 2001).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) organiza esses serviços com o objetivo de integralizar o cuidado ao usuário do SUS e, nesta rede, a atenção secundária é formada por serviços especializados no ambiente ambulatorial ou hospitalar a partir de densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e terciária, também chamada, portanto, de assistência de média complexidade (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; SILVA, 2011).

O profissional nutricionista está inserido nos três níveis de atenção, inclusive e primordialmente na atenção secundária, atuando na assistência nutricional aos pacientes cuja patologia de base ou condição clínica que levam a risco nutricional associado a fatores que exigem cuidados dietéticos específicos (CFN, 2005; BRASIL, 2012). A assistência ambulatorial engloba procedimentos terapêuticos de baixa e média complexidade, envolvendo tratamento e reabilitação de condições clínicas relacionadas à alimentação e nutrição (BRASIL, 2009).

No entanto, o modelo tradicional de atendimento ambulatorial em nutrição é, cientificamente comprovado, como não sendo um promotor de mudança de comportamento e não torna as pessoas mais saudáveis. Isso porque não considera o indivíduo como um ser social e coletivo, em que seus hábitos alimentares são influenciados por fatores emocionais, ambientais, psicológicos, além dos fatores biológicos e fisiológicos (ALVARENGA, et al. 2019).

Para o alcance de resultado positivos às intervenções nutricionais, a utilização de uma abordagem que possui como base a mudança de comportamento alimentar representa um avanço importante na conduta do nutricionista, uma vez que os fatores sobre porque e como se come têm-se demonstrado influente na adesão duradoura ao tratamento, além de "o que" exatamente se come (TORAL; SLATER, 2007).

Nesse sentido, este trabalho objetiva relatar a experiência da utilização de uma abordagem focada no comportamento alimentar em atendimentos nutricionais na Atenção Secundária à Saúde, em um município no interior do Estado do Rio Grande do Norte, Brasil.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Referencial Teórico

### *Atenção Secundária em Saúde (ASS) e a atuação do nutricionista*

A Atenção Secundária em Saúde (ASS) é composta por serviços multiprofissionais e especializados nos níveis ambulatorial e hospitalar, de forma a trabalhar com casos e procedimentos de média complexidade. Assim, compreende os serviços médicos especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico e atendimento de urgência e emergência (MENDES, 2010).

O usuário é agendado para o serviço, no qual será acolhido e atendido pela equipe de acordo com as suas necessidades requeridas ou recomendadas. A equipe multiprofissional da atenção secundária atualmente é formada por médicos de várias especialidades, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, serviço social, farmacêutico clínico, e ainda tem o suporte da equipe de odontologia hospitalar (BRASIL, 2007).

O profissional nutricionista atuante na atenção secundária promove prevenção e tratamento de doenças através da alimentação. Atualmente, com o aumento de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), o nutricionista da atenção secundária tem recebido uma alta demanda para o cuidado de pacientes com esses agravos (BRASIL, 2005).

A mudança nos hábitos alimentares são determinantes no controle das DCNT e outras doenças tratadas na atenção secundária, assim como do comportamento dos pacientes em relação à comida. Sendo assim, a abordagem tradicional com o tratamento padronizado, com prescrição dietética, pode não ser a mais adequada nesses casos (LIMA, et al 2021).

O ambiente em que o paciente está inserido pode ser determinante na adoção de uma alimentação saudável, essa não é meramente questão de escolha individual. Outros fatores, seja de natureza física, econômica, política, cultural ou social, também podem influenciar positiva ou negativamente o padrão de alimentação das pessoas. Isso inclui a forma de organização da sociedade e suas leis, valores culturais e o acesso à educação e a serviços de saúde. Assim, o



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

uso de instrumentos e estratégias que compreendam esses fatores determinantes, contribui para que o profissional guie os indivíduos no processo de mudança de hábitos saudáveis (BRASIL, 2014).

A motivação do paciente para a mudança do comportamento também deve ser considerada no atendimento nutricional, sendo composta por quatro fases não lineares: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção. Na fase de pré-contemplação, o sujeito não possui consciência da necessidade de mudança ou há a negação e rejeição da mesma, assim, não existe motivação. A contemplação ocorre quando a consciência existe, mas há uma ambivalência nos pensamentos do indivíduo pois ele não se sente pronto ou não sabe por onde iniciar o processo de mudança. Na fase da ação, a pessoa inicia, de fato, colocando em prática a mudança de hábitos, enquanto na fase de manutenção tem-se a tentativa de manter a constância das mudanças realizadas (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008).

A identificação da fase do sujeito no ciclo de mudança auxilia na compreensão da sua realidade e individualidade, de modo a contribuir positivamente para o desenvolvimento de estratégias que se apliquem melhor para cada fase especificamente, bem como ao fazer recomendações que sejam mais eficientes (LIMA *et al.*, 2021).

## *Comportamento Alimentar*

A Nutrição Comportamental, também conhecida como Comportamento Alimentar, não é uma área da nutrição e sim uma abordagem que pode ser utilizada em todas as áreas da nutrição, assim como nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário e terciário). Isso por que, além dos aspectos biológicos e fisiológicos, essa abordagem considera os aspectos sociais, culturais, psicológicos e emocionais do indivíduo, que interferem no comportamento alimentar e outras questões que vão além do ato de comer (ALVARENGA *et al.*, 2019; SCHOMER; KACHANI, 2010).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Neste sentido, além de auxiliar sobre “o que” o indivíduo irá comer, o nutricionista deve ajudá-lo a entender e refletir sobre o “porquê” e “como” ele está consumindo determinados alimentos. Ao compreender essas duas últimas coisas, consegue-se acessar os pensamentos por trás das atitudes alimentares, levando-o a ter consciência sobre as suas escolhas, e dessa forma trabalhar na raiz do problema, e não apenas na consequência, determinando o que ele deve ou não consumir (BURGESS et al., 2017).

Uma das estratégias muito utilizadas no atendimento com essa abordagem é a Entrevista Motivacional (EM). Essa, segundo Burgess et al. (2017), é uma técnica que tem o objetivo central de identificar as motivações reais do indivíduo para que as desejadas mudanças aconteçam. Nesse processo, as mudanças e os meios para alcançá-las são pensados em conjunto. Entre as mudanças de comportamento, a EM visa auxiliar na adesão de novos hábitos de estilo de vida, que geralmente, são as maiores dificuldades apresentadas pelos pacientes (FIGLIES; GUIMARÃES, 2014).

Já o Comer Intuitivo (*Intuitive Eating*) é uma estratégia que auxilia o indivíduo a reconectar-se com os sinais internos do seu corpo, de modo a reconhecer sensações físicas (como fome e saciedade) e emocionais, e a partir desse ponto, desenvolver sabedoria, autoconhecimento e um bom relacionamento com a comida (TRIBOLE et al., 2017).

O comer intuitivo baseia-se em três pilares, sendo eles a permissão incondicional para comer, alimentar-se para atender as necessidades fisiológicas e não emocionais e seguir os sinais internos de fome e saciedade. Esses aspectos são utilizados como guia para que o indivíduo se alimente de maneira saudável e mantenha uma sintonia entre comida, mente e corpo (ALMEIDA; FURTADO, 2017).

## **Métodos**

Este estudo trata-se de um relato de experiência de caráter qualitativo que descreve os atendimentos ambulatoriais em nutrição por meio de um serviço de atenção especializada



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

(Atenção Secundária em Saúde) no município de Currais Novos, no interior do Rio Grande do Norte, Brasil.

Os atendimentos aconteceram na Policlínica Municipal que atende diferentes especialidades de forma ambulatorial, conduzidos por uma nutricionista e duas estudantes de nutrição em período de estágio, nos meses de março a junho de 2021, de forma presencial para oferecer melhor articulação e vínculo entre o serviço e a população. A profissional e as estudantes foram vacinadas previamente e no momento da realização dos atendimentos utilizaram equipamentos de proteção individual contra possível transmissão e contaminação do COVID-19.

Para os atendimentos, foi priorizado o uso de uma abordagem focada na mudança de comportamento, objetivando o desenvolvimento de autonomia alimentar, assim utilizou-se a entrevista motivacional e foi levado em consideração a história de vida do paciente, sua cultura, hábitos alimentares e relação com a comida, rotina, história pregressa de doenças, histórico e relações familiares, entre outros aspectos. A principal base teórica utilizada foi o Guia alimentar para a população brasileira (BRASIL, 2014), para elaboração de material e orientações para os usuários.

Além disso, utilizou-se algumas ferramentas como: 1) Diário alimentar: investiga coisas como - qual foi a refeição, horário, o que comeu, quantidade, qual o nível de fome antes da refeição e de saciedade após, quanto tempo durou, se estava acompanhado ou não, onde foi realizada e os sentimentos que estava vivenciando; 2) Quadro de mudanças: elaborado durante o período do estágio de acordo com as necessidades vistas nos atendimentos; é uma ferramenta que consiste em identificar junto ao paciente qual será a mudança, como ela será realizada e as estratégias que serão utilizadas durante o processo; 3) Plano alimentar individualizado; 4) Metas: definição de metas, junto ao paciente, para que novos hábitos saudáveis fossem adotados, de forma mais duradoura.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Resultados e Discussão

Os atendimentos ambulatoriais em nutrição utilizaram especialmente o Guia Alimentar para População Brasileira (BRASIL, 2014) como base teórica para realizar os encontros com os pacientes. Entre as estratégias adotadas nos atendimentos, os profissionais aplicaram a ferramenta da entrevista motivacional, traçando, junto ao paciente, metas, mudanças, plano alimentar, educação nutricional com grupos alimentares, a partir da análise dos próprios pacientes sobre os hábitos de estilo de vida, incluindo alimentação, saúde mental e física.

O acompanhamento acontecia no intervalo quinzenal ou mensal, a depender da necessidade do paciente sobre suas condições clínicas e adesão ao tratamento. Em cada encontro as estratégias eram avaliadas, modificadas e ajustadas, de acordo com a evolução do caso. E, de forma geral, as demandas estavam direcionadas a perda de peso e controle de doenças crônicas não transmissíveis (como Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemias).

Foi observado que os pacientes tiveram boa adesão à abordagem e às estratégias implantadas no serviço de saúde, especialmente a partir do acompanhamento longitudinal, quando comparado aos atendimentos que utilizavam a prescrição tradicional de dietas. Uma grande parte dos pacientes não conseguiam aderir ao tratamento tradicional, inclusive tinham dificuldades para retornar às consultas. Foi possível perceber essa diferença e a efetividade dos instrumentos utilizados (como diário alimentar, quadro de mudanças e plano alimentar individualizado) a partir dos relatos e feedbacks dos pacientes quanto a facilidade e fluidez em suas aplicações diárias.

No atendimento ambulatorial, especialmente no setor público, segundo Ferreira & Magalhães (2007), o nutricionista se depara com uma grande dificuldade que é a necessidade de realizar um atendimento superficial que não permite adentrar nas dinâmicas e problemas nutricionais e alimentares. Isso acontece em decorrência a todas as limitações e dificuldades próprias do serviço, desfavorecendo intervenções mais consistentes. Outra questão também é a





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

formação tecnicista do profissional nutricionista, que não propicia uma prática de integralidade (BURGESS, et al. 2017).

Para Catão & Tavares (2017), praticar uma nutrição gentil nada mais é do que fazer com que as pessoas se sintam bem ao comer, sem terrorismos nutricionais, sem restrições severas e respeitando a história de vida do indivíduo. Que corrobora com o presente estudo, que teve como objetivo central proporcionar autonomia alimentar sob orientação guiada através de um atendimento ambulatorial em nutrição, evitando que o ato de comer e a relação do indivíduo com a comida fosse motivo de impactos negativos, como estresse, angústias e frustrações.

Portanto, a utilização dessa abordagem e adoção dessas estratégias parece ter sido mais eficaz nas modificações de comportamento alimentar e na construção de hábitos mais saudáveis dos pacientes, quando comparada à abordagem prescritiva tradicional. Além disso, os pacientes pareciam se colocar como autores do processo de mudança de comportamento e assumirem a responsabilidade sobre suas escolhas alimentares.

Em um estudo realizado por Rozin e colaboradores (1999) foi analisado as atitudes alimentares e o papel da comida. Eles perceberam que esta relação estava diretamente relacionada ao estresse, as preocupações e os prazeres que, conseqüentemente, refletem na qualidade da saúde do indivíduo. Esses dados confirmam a necessidade de considerar o paciente enquanto ser coletivo, envolvido por fatores externos aos biológicos. Além disso, os autores concluíram que quando o ato de comer está envolvido pelos sentimentos de angústia, privações e estresse, isso pode gerar conseqüências negativas sobre o sistema imunológico.

## **Considerações Finais**

O profissional nutricionista inserido na atenção secundária atua na assistência ambulatorial a pacientes cuja patologia de base ou condição clínica oferecem algum risco nutricional, a partir de um modelo tradicional. A prescrição de dietas, não é uma estratégia que



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

promove mudanças de comportamento alimentar e, por isso, não tem adesão eficiente por parte dos usuários do SUS.

Enquanto que a abordagem nutricional baseada no comportamento alimentar é uma alternativa eficaz de tratamento na Atenção Secundária à Saúde, com resultados a longo prazo e reais mudanças comportamentais, reforçando a importância da motivação e autonomia dos pacientes.

O acesso integral à serviços de qualidade e que cuidem do usuário de forma longitudinal são princípios do SUS que refletem as práticas realizadas na atenção secundária, potencializando que as respostas às demandas dos usuários sejam mais positivas e resolutivas.

## Referências

ALMEIDA, C. B.; FURTADO, C. C. Comer Intuitivo. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa**, v. 14, n. 37, p. 38-46, 2017.

ALVARENGA, M. *et al.* **Nutrição Comportamental**. 2. ed. Barueri: Manole, 2019. 593 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis** : DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro / Brasil. Ministério da Saúde – Brasília : Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira, promovendo a alimentação saudável**. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde**. Série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: [https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html) . Acesso em: 25 de Julho de 2021.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm) Acesso em: 25 de Julho de 2021.

BURGESS, E. *et.al*. Behavioural treatment strategies improve adherence to lifestyle intervention programmes in adults with obesity: a systematic review and meta-analysis. **Clínica Obesidade**, v. 7, n. 1, p.105-14. 2017.

CATÃO, L. G.; TAVARES, R. L. Técnicas da Nutrição Comportamental no Tratamento dos Transtornos Alimentares. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. **Resolução CFN N° 380/2005**. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. Brasília-DF: 2005.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

FERREIRA, V.; MAGALHÃES, R. Nutrition and health promotion: recent perspectives. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 7, p. 1674-1681. 2007.

FIGLIE, N.; GUIMARÃES, L. A Entrevista Motivacional: conversas sobre mudança. *Bol. Academia Paulista de Psicologia*, v. 34, n. 87, p. 472-489. 2014.

KAHAN, B., GOODSTADT, M. Health Promotion: Developing and implementing a best practices approach to health promotion. *Health Prom Practice*, v. 2, n. 1, p. 43-67. 2001.

LIMA, Sibeles Santos; CURVELLO-SILVA, Karine Lima. A Personalização no Atendimento Ambulatorial de Nutrição: Um Estudo Reflexivo. *International Journal of Outreach and Community Engagement*, v. 2, 2021.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciência Saúde Coletiva*, v. 15, n. 5, p. 2297-2305. 2010.

ROZIN, P. *et. al.* Attitudes to food and the role of food in life in the USA, Japan, Flemish Belgium and France: possible implications for the diet-health debate. *Appetite*, v. 33, n.1, p. 163-180. 1999.

SHOMER, E. ; KACHANI, A. Imagem corporal. In T. A. Cordas & A. T. Kachani, *Nutrição e psiquiatria* (pp. 107-118). Porto Alegre: Artmed. 2010.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, n. 6, p. 2753-2762. 2011.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *PsicoUSF*, v. 13, n. 1, p 31-39, 2008.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

TORAL, N.; SLATER, B. Abordagem do modelo transteórico no comportamento alimentar. Transtheoretical model approach in eating behavior. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n.6, p.1641-1650. 2007.

TRIBOLE, E. *et. al.* Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos de Emagrecimento: O Relato de Uma Experiência. **PSICO**, v. 43, n. 1, p. 93-100. 2012.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA O PLANEJAMENTO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nayara Cristine Protte de Paula<sup>1</sup>  
Larissa de Castro Marção Ferreira<sup>2</sup>  
Magali Carla Cordeiro<sup>3</sup>  
Pâmela Soares Oliveira<sup>4</sup>  
Rodrigo de Paiva Souza<sup>5</sup>  
Daniel Jackson Gonçalves de Carvalho<sup>6</sup>

**Resumo:** O processo de territorialização se constitui em uma das etapas para a realização do diagnóstico situacional de determinado serviço. As equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) podem utilizar essa ferramenta de gestão para entenderem os processos dinâmicos que ocorrem em sua área de abrangência e que estão relacionados a fatores históricos, ambientais, culturais e sociais e para planejarem também suas intervenções. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de execução do processo de territorialização em uma área adscrita a uma Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de um relato de experiência referente a elaboração das etapas do processo de territorialização em uma ESF pertencente a um município da região da Zona da Mata de Minas Gerais, realizado por residentes de odontologia, serviço social, enfermagem e medicina, ligados ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e o Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade. O desenvolvimento das etapas para a coleta de dados do

<sup>1</sup>Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil, nayara.protte@hotmail.com

<sup>2</sup>Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

<sup>3</sup>Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

<sup>4</sup>Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil

<sup>5</sup>Residente do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade- Secretaria de Saúde de Juiz de Fora, Brasil

<sup>6</sup>Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

território aconteceu a partir da busca e leitura de materiais que contemplassem esse tema. Após análise da literatura e sucessivas trocas de informações entre os residentes, elaborou-se um documento que contemplava os principais tópicos a serem levantados sobre o território da ESF, a fim de entender a realidade local e quais seriam os determinantes e condicionantes de saúde de seus usuários, sendo eles: condições das ruas e das moradias, coleta de lixo, esgotamento sanitário, água encanada, comércio e serviços, estabelecimento religioso, escolas, instituições locais, áreas de lazer, transporte coletivo, áreas com risco ambiental, áreas verdes, presença de ruídos sonoros, vias expressas, becos/travessas, morros com difícil acesso, áreas e aglomeração urbana, invasões e assentamentos. A partir disso, elaborou-se então um roteiro norteador que seria aplicado em cada visita in loco realizada em um total de 27 ruas pertencentes ao território de abrangência da ESF. Para cada visita realizada os residentes contaram com a ajuda e o conhecimento do Agente Comunitário de Saúde responsável por determinada microárea, que abrangia em média três ruas. Após o reconhecimento territorial, todos os dados coletados foram tabulados em planilhas para melhor visualização e efeito comparativo com outras informações a serem levantadas no diagnóstico situacional. O reconhecimento territorial, levantamento de dados e construção de informações, proporcionaram maior aproximação e ampliaram o olhar dos profissionais residentes sobre os determinantes e condicionantes de saúde presentes no dia a dia dos usuários atendidos no serviço. Desta forma, entende-se que realizar o reconhecimento territorial permite que as ações da equipe de saúde sejam direcionadas para objetivos pontuais, o que pode desencadear maiores efeitos benéficos sobre os indicadores de saúde da população.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde; Estudos de Avaliação como Assunto; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Internato e Residência.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A descrição de território de acordo com Colussi e Pereira (2016, p.10), é “um espaço geográfico delimitado por divisões administrativas, que hoje dão origem a bairros, cidades, estados e países”. Este espaço definido e delimitado sofre arranjos e rearranjos por diferentes sujeitos sociais e forma um ambiente dinâmico, homogêneo e mutável, que para a ciência da saúde representa significados plurais, que interferirão no processo saúde-doença de toda a população assistida. Desta forma, o território é muito mais do que uma extensão geográfica. Ele



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

apresenta um perfil demográfico próprio, além de uma caracterização epidemiológica, administrativa, tecnológica, política, social e cultural (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

O território, para além de um espaço dinâmico e em transformação, sujeito a constante variabilidade de riscos e vulnerabilidades (JUSTO, 2017), também deve ser caracterizado como um lugar de entendimento do processo de adoecimento, onde as representações sociais do processo saúde-doença envolvem as relações sociais e culturais, sendo o resultado de um acúmulo de situações históricas, ambientais e sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (COLUSSI; PEREIRA, 2016)

Neste contexto, a Atenção primária à Saúde (APS) sendo a ordenadora da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta o desafio de desenvolver o cuidado em saúde em todo o território nacional, preferencialmente por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerando o território para além de um espaço geográfico e burocrático (BRASIL, 2017).

O processo de territorialização constitui-se como uma técnica para o planejamento das ações assistenciais, partindo dos aspectos da realidade da população e de uma abordagem holística dos problemas existentes, que subsidiará uma compreensão de território como um espaço de produção de saúde atrelado às relações socioeconômicas, culturais, políticas, epidemiológicas e outras, tendo como resultado a implementação de estratégias que resultem em benefícios à saúde da população adscrita (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

É importante analisar que as condições de vida dos indivíduos estão relacionadas com sua situação de saúde. Os determinantes sociais em saúde são constituídos por fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais, que interferem diretamente na ocorrência de problemas de saúde e de fatores de risco para a população (VIANNA, 2012).

A equipe da ESF precisa ter consciência de seu papel como educadora em saúde. É preciso contribuir para a autonomia dos sujeitos no sentido de que cada um seja protagonista de sua produção de saúde. Ao prestar a assistência ao indivíduo, à família ou à comunidade há



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

de se considerar quem são os usuários, como se apresentam na situação de necessidade de saúde, seus direitos, deveres, valores e prerrogativas (VIANNA, 2012).

Sendo assim, a prática assistencial dos profissionais da saúde, na qual é utilizada o método clínico centrado na pessoa, deve partir da necessidade de compreender o território em que a população está inserida e suas peculiaridades. Logo, este indivíduo é alguém que vive experiências distintas do processo saúde-doença, carregada de valores e significados subjetivos e únicos (VIANNA, 2012).

Todavia, o processo de territorialização se apresenta como um desafio na APS (VIANNA, 2012). A construção de estratégias para conceber o cuidado na sua integralidade, na criação de vínculo, na promoção da saúde e prevenção de doenças, deve ser pautada não apenas sobre uma perspectiva territorial detentora de uma delimitação espacial, mas em ações que possam dialogar com o território e suas necessidades, tornando-as resolutivas (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Todo este processo de trabalho requer a responsabilização de todas as esferas administrativas e dos profissionais que executam o cuidado direto, viabilizando a organização das práticas de saúde com ênfase nas relações sociais e competências culturais, ressignificando as diferentes formas de produção de saúde (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Este estudo emergiu da atuação dos profissionais residentes de Enfermagem, Medicina, Odontologia e Serviço Social, alocados em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no modelo de ESF. Ao considerar todo o processo de trabalho implementado, aponta-se como relevância para este estudo destacar o papel do residente na articulação do trabalho em equipe multidisciplinar e na promoção do conhecimento técnico-científico com ênfase na melhoria da assistência à saúde, por meio de um planejamento participativo que possa resultar em propostas de intervenção e implementação de ações assistenciais, partindo de diferentes olhares e saberes.

Portanto, o presente estudo apresenta como objetivo descrever a experiência dos profissionais residentes na execução do processo de territorialização em uma área adscrita a





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

uma ESF compreendendo as implicações que o território, bem como suas características, trazem para o processo de saúde-doença da população assistida.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência (DALTRO; FARIA, 2019), que aborda a construção do processo de territorialização em um território adscrito a uma Unidade Básica de Saúde, situada na região da Zona da Mata de Minas Gerais.

O processo de territorialização contou com a participação dos residentes da enfermagem, medicina, odontologia e serviço social, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Programa de Residência Médica de Medicina de Família e Comunidade.

As etapas da territorialização consistem na fase preparatória ou de planejamento, fase de coleta de dados/informações e fase de análise de dados (COLUSSI; PEREIRA, 2016). A fase preparatória iniciou-se com aproximação da temática, por meio de leituras flutuantes com base nas literaturas de referência.

A coleta de dados foi realizada no período de março a abril de 2021 nas instalações da UBS e em sua área de abrangência, guiada por um roteiro semiestruturado para observação *in loco* construído pelos residentes, após o primeiro contato e mediante sucessivas trocas de informações.

O roteiro contemplava os aspectos infraestruturais, socioeconômicos e ambientais a serem levantados sobre o território da UBS, a fim de entender a realidade local e quais seriam os determinantes e condicionantes de saúde de seus usuários.

As visitas *in loco* tiveram a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) vinculados a sua equipe e microárea, que abrangia, em média, três ruas. Esta ação fomentou o levantamento de informações sobre as condições do referido território e suas possíveis





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

implicações no processo saúde-doença dos usuários assistidos. Após o reconhecimento territorial, todos os dados coletados foram tabulados em planilhas com auxílio do software Excel.

Os dados coletados referem-se ao total de vinte e sete ruas e quatro bairros pertencentes ao território de abrangência da UBS, dividido em duas equipes de saúde: a equipe da área 01 e a equipe da área 02. Essas áreas são subdivididas em microáreas que correspondem às ruas do território.

## **Resultados e discussão**

O segmento territorial pertencente à UBS era o urbano e apresentava um total de 4947 usuários cadastrados nas equipes de ESF. Esta população era atendida por suas equipes de referência, conforme a área delimitada em que moravam. Essa divisão compunha três níveis de atuação: território-área, território microárea e território moradia, o que permite a relação de vínculo com a unidade de saúde (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

A área 01 apresentava um total de seis microáreas que juntas abrangem 10 ruas. A cobertura pelo profissional ACS apresentava um déficit de duas microáreas descobertas. A área 02 apresentava um total de seis microáreas que abrangiam 17 ruas e apresentava três microáreas descobertas por ACS.

As consequências da falta de cobertura territorial relacionada à ausência do ACS de referência para os usuários de determinada área, estão relacionadas à compreensão deficitária sobre o território e vínculo fragilizado ou ausente entre os profissionais e os usuários, desencadeando riscos tanto a saúde quanto ao contexto social circundante (FISCHBORN *et al.*, 2014).

Em relação aos dados infraestruturais da área 01 e 02 que apontam as informações referentes às características da pavimentação, calçamento das ruas e porte das moradias por número de ruas, obteve-se os seguintes dados contidos na Quadro 1 abaixo:

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Quadro 1-** Características da pavimentação, calçamento das ruas e porte das moradias por área.

Área	Asfalto			Chão Batido	Calçamento			Moradia - Alvenaria		
	Bom	Regular	Precário		Bom	Regular	Precário	Grande	Média	Pequena
01	40%	60%	0%	0%	80%	10%	10%	20%	80%	0%
02	11,8%	76,4%	5,9%	5,9%	5,9%	70,6%	23,5%	11,8%	70,6%	17,6%

Fonte: PAULA, *et al.*, (2021).

Segundo Colussi e Pereira (2016), as condições de moradia podem apresentar certa homogeneidade, configurando uma seleção espacial de acordo com as condições econômicas e as características do mercado imobiliário local, deixando evidente a má distribuição de renda e acesso digno ao direito de moradia.

Na avaliação socioeconômica do território foi identificada grande disparidade econômica entre áreas e microáreas e essas diferenças aprofundaram-se, principalmente, nas ruas de abrangência da área 02, na qual existia uma grande vulnerabilidade social.

A partir do levantamento realizado pela ferramenta do Bolsa Família, foram obtidas informações sobre o número de famílias e inscritos no programa na área de abrangência da UBS. Em outubro de 2019, na área 02, haviam 86 famílias beneficiárias do programa, sendo no total 212 inscritos. Desses, mais da metade eram menores de idade, um número que representava 116 integrantes. Em março de 2020, o número de famílias foi para 75, e o de inscritos para 191 pessoas.

Na área 04, em outubro de 2019, foram contabilizadas 85 famílias, sendo no total 220 inscritos. Destes, 124 eram menores de idade. Em março de 2020, o número de famílias foi de 87, aumentando em 228 o número de inscritos e com cerca de 130 pessoas na menoridade. As desigualdades sociais, a baixa concentração de renda, a baixa escolaridade, contribuem para

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

agravos à saúde, o que aumenta expressivamente a demanda da APS e gera maior necessidade de cuidado (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Quanto aos serviços essenciais ofertados no território como escolas, creches, estabelecimentos religiosos, Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), comércios, entre outros, foram obtidos os seguintes resultados (Quadro 2):

**Quadro 2** - Serviços essenciais das áreas de abrangência da ESF.

Dados Infraestruturais	Área 01	Área 02
Comércio e Serviços	66,7%	100,0%
Estabelecimento Religioso	50,0%	83,3%
Escola	16,7%	16,7%
Creche	16,7%	0,0%
ILPI	16,7%	0,0%
Escola de Samba	16,7%	0,0%
Ponto de ônibus	83,3%	100,0%
Área de lazer e/ou praça	33,3%	33,3%
Presença de Ruídos	66,7%	66,7%
Alto fluxo de veículos	50,0%	33,3%
Morros	16,7%	16,7%
Travessas e/ou Becos	66,7%	66,7%
Escadão	66,7%	83,3%
Cemitério e via férrea	0,0%	16,7%

**Fonte:** PAULA, *et al.*, (2021).

Acerca da presença de elementos culturais no território como a escola de samba, compreende-se a importância do fator histórico que compõe a tradição e as vivências locais. Silva, Koopmans e Daher (2016) ressaltam que esses locais de convívio social proporcionam trocas exitosas com a população mediante a valorização das artes.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Além disso, destacou-se a presença de ILPI, que permite o envolvimento da equipe da ESF, assumindo atividades de educação e promoção da saúde e o cuidado planejado e continuado pelos profissionais do serviço (BRASÍLIA, 2018).

Ressalta-se que, embora existissem morros, travessas, becos e escadões, estes elementos não se constituíam em fatores que impedissem a acessibilidade à UBS, mas são elementos que podem se tornar dificultadores do acesso aos serviços de saúde.

No âmbito estrutural e geográfico o território não proporciona à população usuária espaços para lazer e para execução de atividades físicas, essa ausência somada a baixa renda colabora para o surgimento de doenças cardiovasculares e diminuição da expectativa de vida.

A avaliação ambiental do território é importante para a identificação dos riscos existentes que podem ser nocivos para a população adscrita (COLUSSI; PEREIRA, 2016). No que tange a obtenção de dados referentes aos aspectos ambientais foram encontrados os resultados descritos abaixo na Quadro 3:

**Quadro 3-** Dados Ambientais das áreas de abrangência da ESF.

Dados Ambientais	Área 01	Área 02
Esgoto Sanitário, coleta de lixo, água encanada/potável, acessibilidade à UBS	100,0%	100,0%
Presença de animais na rua	50,0%	83,3%
Depósito de lixo, lotes vagos	66,7%	83,3%
Grandes áreas verdes	16,7%	33,3%
Ruídos sonoros	66,7%	66,7%

Fonte: PAULA, *et al.*, (2021).

Evidenciou-se que as informações referentes ao saneamento básico e energia foram diferentes das obtidas na base de dados do sistema e-SUS para domicílios cadastrados. Os dados encontrados no sistema e-SUS registram que para 1537 domicílios cadastrados na área 01, 93,9% dispunham de água tratada, 74,7% de energia e 93,4% de coleta de lixo. Já na área 02



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

de 1091 domicílios cadastrados, 94% dispunham de água tratada, 86,4% de energia e 92,2% de coleta de lixo.

Esta mesma discordância entre os dados coletados e os contidos em base de dados também foi encontrada no estudo de Rezende *et al.* (2010). Possíveis explicações para estas divergências são a existência da categoria “dado não informado” existente na base de dados do e-SUS, inadimplência ou a possibilidade de alguns usuários não terem condições de pagar pelos serviços ofertados por empresas de energia e água.

O conceito mais utilizado de risco em saúde é a probabilidade de ocorrência de um evento desfavorável. Na ESF, são consideradas como de risco as áreas em que os moradores, de maneira geral, têm seus níveis de saúde inferiores aos do restante da população do território, apresentam mais chances de adoecer ou, ainda, quando têm a mesma doença que pessoas de outro local, mas desenvolvem-na em maior gravidade ou com maiores complicações (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Quanto à presença de ruídos sonoros, esta pode estar associada ao fluxo urbano de automóveis e construções existentes no território e a grande movimentação para as atividades cotidianas, podendo ser considerado um risco à saúde (COLUSSI; PEREIRA, 2016).

Os terrenos abandonados e depósitos de lixo se apresentam como importantes elementos para a disseminação de doenças, principalmente aquelas transmitidas por vetores (COLUSSI; PEREIRA, 2016), associadas com as arboviroses e zoonoses. Avalia-se então, a necessidade de ações intersetoriais conjuntas para a conscientização da população e para melhorias estruturais nos locais de armazenamento do lixo em vias públicas (BARBOSA *et al.*, 2019).

Todo território produz necessidades em saúde. A realização da análise territorial possibilita o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais, multidisciplinares com ênfase na promoção, prevenção e recuperação da saúde, compreendendo os fatores condicionantes e determinantes de saúde que interferem direta e indiretamente no processo saúde-doença do indivíduo e coletividade adscrita (BRASIL, 2017).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

O enfrentamento desses problemas, cujos determinantes extrapolam o âmbito dos serviços de saúde, depende do estabelecimento de parcerias intersetoriais, do envolvimento da comunidade, de investimentos por parte da gestão municipal. Portanto, de um conjunto de ações de curto, médio e longo prazo, capazes de impactar na redução desses problemas e, conseqüentemente, na melhoria das condições de saúde da população envolvida. (COLUSSI; PEREIRA, 2016)

## **Considerações finais**

O contato permanente com o território subsidia o fortalecimento das relações de vínculo e promove a longitudinalidade do cuidado compactuada em ações de saúde que vão além da assistência médica e da prática curativa. As ações de saúde devem ser programadas de acordo com o perfil e as necessidades da comunidade, preservando a singularidade e a inserção sociocultural da população assistida.

Ao pensar em saúde no seu conceito ampliado, a territorialização no contexto da APS marca o início de uma busca da superação do modelo hegemônico de saúde, visto que não se pode desvincular a prática assistencial do contexto vivenciado pelo indivíduo e/ou coletividade. No entanto, ressalta-se que é de suma importância, diferentes olhares e percepções sobre o território, construindo possibilidades comuns sobre os fatores de risco inerentes à saúde da população pertencente àquela região.

A partir das análises realizadas foi possível levantar informações sobre as debilidades do território e suas possíveis interferências nas condições de saúde dos usuários atendidos pela ESF referida. O olhar multiprofissional permitirá que o planejamento das ações tenha maior proximidade com a realidade e que haja maior envolvimento de todos em sua execução.

As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de forma integral e contínua em um território adscrito, com a presença de uma equipe multidisciplinar contribuem para a



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

criação de vínculo com o usuário enfatizando as suas necessidades individuais e coletivas no âmbito social, econômico e cultural, que por sua vez tenta romper a prática assistencial com foco apenas na doença do indivíduo.

A apropriação do território pela equipe de saúde compactua em um objetivo de reconhecer a realidade das condições de vida e saúde da população da sua área de abrangência, fomentando a efetividade da atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e coordenação do cuidado, atributos essenciais da APS.

## Referências

BARBOSA, Rafaela da Silva Coelho *et al.* Diagnóstico Situacional: Ferramenta para o Planejamento de Ações em Fisioterapia na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 43, n. 3, p. 719-729, jul. 2019. Trimestral. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3159/2808>. Acesso em: 12 jul. 2021.

BRASÍLIA. Secretaria de Atenção À Saúde. Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde (SUS). 2018. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil\\_Amigo\\_Pesso\\_Idosa/Orientacoes\\_Implementacao\\_Linha\\_Cuidado\\_AtencaoIntegral\\_Saude\\_Pessoa\\_Idosa\\_SUS.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/Brasil_Amigo_Pesso_Idosa/Orientacoes_Implementacao_Linha_Cuidado_AtencaoIntegral_Saude_Pessoa_Idosa_SUS.pdf). Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436/2017**. 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, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 04 ago.2021.

COLUSSI, Claudia Flemming; PEREIRA, Katiúscia Graziela. Territorialização como instrumento do planejamento local na Atenção Básica. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública, 2016.86p. Acesso em: 14 jul. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

DALTRO, Mônica Ramos; FARIA, Anna Amélia de. **Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p. 223-237, jan./abr. 2019. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/43015/29664>. Acesso em: 27 jul. 2021.

FISCHBORN, Aline Fernanda *et al.* V Salão de Ensino e de Extensão, 5., 2014, Santa Cruz do Sul. **Anais eletrônicos** [...]. 2014. 5 p.426 f. Tema: A Ausência dos ACS e as Dificuldades Enfrentadas pela Equipe de Saúde. Disponível em: [https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao\\_ensino\\_extensao/article/view/12436](https://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/salao_ensino_extensao/article/view/12436). Acesso em: 03 ago. 2021.

JUSTO, Larissa Galas *et al.* A territorialização na Atenção Básica: um relato de experiência na formação médica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação [online]**, v. 21, n. Suppl 1, p. 1345-1354, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0512>. Acesso em 27 jul. 2021.

REZENDE, Ana Clara *et al.* **Diagnóstico Situacional da Unidade Básica de Saúde Barreiro de Cima**. 2010. Trabalho apresentado ao Grupo Tutorial Barreiro de Cima do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) como parte de desenvolvimento de artigo científico-Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: [https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC\\_diagnostico.pdf](https://www.ufmg.br/portalprosaudebh/images/pdf/BC_diagnostico.pdf). Acesso em: 12 jul. 2021.

SILVA, Carine Silvestrini Sena Lima da; KOOPMANS, Fabiana Ferreira; DAHER, Donizete Vago. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária à Saúde. **Revista PróUniverSUS**, v. 07, n. 2, p. 30-33, Jan./Jun. 2016. Disponível em: <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RPU/article/view/345>. Acesso em: 14 jul. 2021.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Determinantes Sociais de Saúde: processo saúde doença**. Unidade 05. Unidades de Conteúdo. UNASUS. Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP. 2012. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/pab/7/unidades\\_conteudos/unidade05/unidade05.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/7/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf). Acesso em 24 julho 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021

## A GESTÃO COMPARTILHADA DOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE RESIDÊNCIA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE E MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR-BA: UMA REFLEXÃO SOBRE OS AVANÇOS E DESAFIOS

Grace Fátima Souza Rosa<sup>1</sup>  
João André Santos de Oliveira<sup>2</sup>

**Resumo:** Lidar com a complexidade da implementação das políticas de saúde, sobretudo as que propõem a organização das redes de atenção a partir da Atenção Primária, exige constante investimento na formação dos profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde e em tecnologias de gestão inovadoras e participativas. Compreende-se a gestão compartilhada como um importante arranjo neste desafio de transformação das práticas de gestão e qualificação profissional, a partir da forma como foi desenvolvida pela Fundação Estatal Saúde da Família, uma organização pública da gestão indireta da saúde, instituída em 2009 na Bahia. Este trabalho é um relato de experiência do processo de gestão compartilhada dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família entre a Fundação e o município de Camaçari – BA. Os Programas foram criados em 2014, frutos da parceria entre a Fundação e a Fiocruz-Bahia. Entre março de 2015 e março de 2021, foram formados 330 profissionais de 8 categorias, com mais 228 ainda em formação. Em Camaçari, as residências estão inseridas em seis unidades de Saúde da Família e três equipes do Núcleo Ampliado da Saúde da Família, assistindo uma população de aproximadamente 40 mil pessoas. A relação de gestão compartilhada dos Programas materializa-se através de ferramentas, espaços e estratégias de gestão, destacando-se a construção conjunta do Convênio de Cooperação, instituição da Comissão de Avaliação e Acompanhamento, participação em instâncias de controle social, participação de representações municipais nas Comissões de Residências Médica e em Área Profissional; Apoio Pedagógico Institucional e criação de uma

<sup>1</sup> Psicóloga sanitária, Mestre em Saúde Coletiva, Gestora dos Programas Integrados em Saúde da Família da FESF-SUS/Fiocruz, Professora da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, Bahia, Brasil. gracefsrosa@gmail.com.

<sup>2</sup> Médico de Família e Comunidade, Doutor em Saúde Coletiva, Supervisor do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da FESF, Professor. Adjunto 2 da Faculdade de Medicina da UFBA, Salvador, Bahia, Brasil.





## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021**

sub coordenação de campo dos programas integrada a espaços de gestão municipal da saúde. A experiência aponta para a potência da gestão compartilhada em contribuir com a formação dos profissionais de saúde alinhada com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, e com os atributos da Atenção Primária; fortalece a continuidade dos processos nas épocas de mudança das equipes de gestão; contribui com a qualificação das equipes de gestão municipal; e apoia a implementação das diretrizes de gestão no cotidiano dos serviços. Aponta, também, para os muitos desafios na disputa entre as necessidades da formação em conformidade com o Projeto Político Pedagógico e os diversos interesses da gestão na organização do sistema municipal para atender às exigências e limitações do (des)financiamento da atenção primária impostos recentemente pela Política Nacional da Atenção Básica. Percebe-se, portanto, que os diversos arranjos da gestão compartilhada possibilitam que as tensões, disputas e multiplicidades de olhares sobre a gestão, o cuidado em saúde e a formação se expressem e façam parte da construção cotidiana dos programas e dos serviços nos quais os residentes estão inseridos. Essas estratégias vêm se constituindo como uma importante estratégia de potencialização das capacidades dos atores envolvidos no planejamento, desenvolvimento de ações e serviços, e tomada de decisões coletivas, de modo a implicar todos nesse processo, potencializando um modo de fazer gestão que é democrática, participativa e se fortalece como um dos eixos estruturantes da Fundação na sua relação com o município.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Formação Profissional em Saúde; Equipe Multiprofissional; Sistema Único de Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

O termo “gestão compartilhada” vem sendo utilizado com frequência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e aparece, pelo menos, com dois sentidos complementares. O primeiro remete à gestão interfederativa do SUS, envolvendo o governo federal, os estados e os municípios, e diz respeito ao planejamento, pactuação de ofertas de serviços de saúde e repasse de recursos entre os entes que se relacionam para garantir o acesso da oferta de ações e serviços de saúde aos cidadãos de determinado território, realizado nas Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite (CIB e CIT) (BRASIL, 2015). O outro sentido dialoga com





## **I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS**

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021**

a democratização da gestão do processo de trabalho de equipes, no cotidiano dos serviços de saúde, e está alinhado com a crítica ao modelo gerencial hegemônico (CAMPOS, 2000), como um dos eixos da Política Nacional de Humanização (PNH), e tem como características a horizontalização das relações de poder, o compartilhamento de responsabilidades e papéis, a construção de um entendimento “comum” entre os sujeitos envolvidos e a democratização do processo decisório (BRASIL, 2003).

Neste capítulo, toma-se a gestão compartilhada da forma como foi construída no âmbito da Fundação Estatal Saúde da Família (FESF) no estabelecimento de relações com os entes federados ou organizações públicas, neste caso, a relação com o município de Camaçari, localizado na região metropolitana de Salvador - Bahia, para o desenvolvimento dos Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família.

A FESF foi instituída em 2009 como uma organização pública integrante da administração indireta do SUS, com a finalidade de apoiar o fortalecimento do sistema público de saúde por meio da relação com os entes federativos, de acordo com as necessidades apresentadas pelo sistema. Nesse sentido, a Resolução da CIB nº 123/2009, que aprova o Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família e dá diretrizes gerais para o processo de contratualização dos municípios junto à FESF, recomenda

a atuação compartilhada e articulada dos Municípios baianos, do Governo do Estado e da Fundação Estatal Saúde da Família para a expansão, qualificação e desenvolvimento da estratégia de saúde da família e enfrentamento dos principais problemas que os municípios, sozinhos, não têm mostrado condições de superar (BAHIA, 2009, p.2).

Considerando a enorme complexidade da implementação das políticas de saúde, sobretudo as que propõem a organização das redes de atenção a partir da Atenção Primária à Saúde (APS), e a exigência de constante investimento na formação dos profissionais que atuam no SUS e em tecnologias de gestão e cuidado inovadoras e participativas, a FESF adotou como eixos estruturantes a desprecarização dos vínculos de trabalho, a educação

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021**

permanente, o apoio institucional e a gestão compartilhada (BAHIA, 2009). Nesse sentido, desenvolveu e incorporou inovações na gestão com o objetivo de contribuir com a qualificação das práticas de saúde e com a melhoria das condições de saúde da população assistida por seus serviços.

Em um contexto de novidade no cenário da gestão do SUS na Bahia, a ideia de gestão compartilhada incorporou aspectos dos sentidos que já vinham sendo construídos na saúde pública brasileira e foi “engravidado” com outros sentidos, tomando contornos próprios e complementares aos iniciais.

Este capítulo faz um relato de experiência do processo de gestão compartilhada entre os Programas Integrados de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família e o município de Camaçari – BA que ainda está em andamento, e tem como objetivo refletir criticamente sobre esse processo, apontando suas fragilidades e suas potências até o momento.

### **Conversa a partir da experiência**

O relato de experiência é feito em diálogo com a produção teórica de parte do campo da Saúde Coletiva brasileira, especificamente a que foi iniciada no Laboratório de Planejamento e Administração, ligado ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas, no início dos anos noventa, quando das primeiras experiências de descentralização e municipalização do SUS, no contexto da redemocratização do país pós-ditadura civil-militar.

Essa produção, que teve como expoentes autores como Emerson Elias Merhy, Gastão Wagner de Souza Campos e Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, a partir das produções de Carlos Matus e Mário Testa, construiu um olhar crítico em relação à tradição de planejamento na América Latina, à Teoria Geral da Administração, e ao pensamento marxista ortodoxo muito presente no movimento sanitário. Também contribuiu, na Saúde Coletiva brasileira, com outros

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e 19 de junho de 2021**

olhares sobre as modelagens e sobre as práticas de gestão nas secretarias municipais e estaduais de saúde, assim como nos serviços de saúde (MERHY, 1997a; CAMPOS, 2000; CECÍLIO; MENDES, 2004; CECÍLIO, 2006).

Esses autores, além de outros, a partir de diálogos com pensadores da filosofia, da sociologia, do movimento institucionalista e da antropologia, também contribuíram com a reflexão sobre a produção dos sujeitos e sobre seus papéis na “invenção da mudança na saúde” (CECÍLIO, 2006; CAMPOS, 1988) e trouxeram a ideia da micropolítica da produção do cuidado e o trabalho em saúde para a cena do movimento sanitário, destacando-se, nesse sentido, as contribuições de Merhy (1997b; 2002).

Essas produções compõem a caixa de ferramentas (FOUCAULT, 2006) dos autores, ajudando a olhar para e a pensar sobre as práticas de cuidado, de formação e de gestão, desde a gestão dos processos de trabalho de uma unidade de saúde da família, até o trabalho dos coletivos de gestores das secretarias de saúde e sua relação com o que acontece no cotidiano dos serviços de saúde (MERHY, 2005; 2011; ABRAHÃO e MERHY, 2014; CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse sentido, entendemos as práticas de gestão como práticas sociais, as quais

estão em franca produção no mundo dos vivos, nos encontros entre os sujeitos, e se alimentam ou são interdidas tanto a partir das apostas e do desejo destes quanto dos recursos e circunstâncias a que estão submetidos. Por estarem em franca produção, em ato, nos encontros, também estão em constante disputa em relação a qual sentido irão tomar (OLIVEIRA, 2021, p.147).

As práticas de gestão, assim, são frutos de uma micropolítica, que tem a ver com a formação de desejo no campo social<sup>3</sup>, sendo atravessado por molaridades (lógicas de saber-poder e das subjetividades serializadas, por exemplo) e molecularidades (produção de

<sup>3</sup> Segundo Rolnik (2011, p.46), “O desejo é a própria produção do real e ‘só há real social’; assim, a produção do desejo, produção de realidade, é ao mesmo tempo (e indissociavelmente) material, semiótica e social [...]”.

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e 19 de junho de 2021**

singularidades e de questionamento das forças que impedem o movimento do desejo, por exemplo). São produtos dos encontros e relações estabelecidas entre os sujeitos, que carregam projetos, visões de mundo, perspectivas éticas e políticas, estabelecem relações de poder e são atravessados por certos vetores de subjetivação, investindo seu desejo na produção do real social na medida em que, também, vão se produzindo em um jogo tenso e dinâmico entre o molar e o molecular (GUATTARI; ROLNIK, 1996; ROLNIK, 2011).

### **Percurso Metodológico**

O presente relato parte da experiência dos autores, os quais participaram do processo de formulação, implantação e desenvolvimento dos Programas de Residência desde do seu início, no segundo semestre de 2014, até o presente momento, a partir de diferentes inserções.

Parte-se do pressuposto que relatar uma experiência é, de alguma maneira, contar “certa” história sobre esse processo, e não “a” história definitiva sobre ele”. Ou melhor, mais do que uma história sobre um processo, como se olhássemos de fora dele, essa é uma história narrada a partir dos afetos produzidos nos nossos corpos na medida que nos colocamos como sujeitos implicados em sua construção. Como coloca Oliveira (2021), a partir das reflexões de Pelbart (2016) sobre experiência, a construção deste relato

Foi muito mais do que uma revisitação interessada da memória do vivido, ou uma busca por coerência teórico-epistemológica que desse conta de explicar certa “realidade” (...) Esse exercício foi, na verdade, uma experiência (OLIVEIRA, 2021, p.37).

Assim, nesse relato de experiência, além de sujeitos interessados (damos valor a certas questões e não a outras, fazemos certas escolhas e não outras, temos certas concepções ideológicas e não outras), somos sujeitos militantes (a disputa em torno de um modo de fazer

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e 19 de junho de 2021**

gestão que seja mais democrático, inclusivo e participativo nos atravessam o tempo todo) e epistêmicos (portamos teorias e métodos que nos ajudam a olhar para a realidade e a transformá-la) que, ao construirmos essa experiência, estamos nos posicionando ética e politicamente em torno de um projeto de SUS como garantidor de direitos de cidadania e da saúde como sinônimo de democracia, numa perspectiva civilizatória (MERHY, 2004).

Vale a pena ressaltar que, apesar de termos apenas duas vezes se expressando neste texto, essa experiência é polifônica e coletiva. Inúmeras vozes de todos os sujeitos que a construíram ressoam em nós, produzindo efeitos nas nossas formas de “vê-la” e de “falar sobre” ela. Cada um de nós, e de todos os outros, não é um sujeito, mas uma multidão produzida na relação com o mundo e com os acontecimentos que conformam a experiência, em um movimento de mútua produção (FOUCAULT, 2004; HARDT, NEGRI, 2005).

Utilizamos como fontes para a construção deste relato de experiência, além de nossa memória, relatórios de gestão e relatórios de prestação de contas do convênio celebrado entre a FESF e o município de Camaçari.

### **Novos sentidos para a Gestão Compartilhada: um olhar para a experiência**

A Constituição Federal coloca o SUS como ordenador da formação e qualificação dos trabalhadores de saúde. Desta forma, a Reforma Sanitária Brasileira tomou a Educação Permanente em Saúde (EPS) como o componente pedagógico para a transformação das práticas, pressupondo que esses processos tenham como referência a articulação entre o ensino, a gestão, o controle social e a atenção (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A EPS está entre as diretrizes institucionais da FESF e transversaliza as ações para a produção coletiva de saberes, sobretudo no que diz respeito à sua finalidade de Qualificação do Trabalho - da Gestão e do Cuidado em Saúde - e Desenvolvimento do Trabalhador. Com sua experiência acumulada neste campo, no ano de 2014, formulou uma proposta ousada de formação na modalidade residência que respondesse às necessidades locorregionais, com o





## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021**

objetivo de contribuir com o fortalecimento do SUS e da APS. A implantação dos Programas de Residência de Medicina de Família e Comunidade e Multiprofissional em Saúde da Família se deu em parceria com o Instituto Gonçalo Moniz, Fiocruz – BA, caracterizando-se como dois programas integrados de formação que visam a contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, norteados pelos princípios do SUS e articulado com a lei que sanciona o Programa Mais Médicos (PMM), do Governo da Presidenta Dilma Rousseff, em seu “braço” relativo à formação (PINTO et al, 2019).

O PMM incentivou a criação, expansão e qualificação de programas de residência em áreas estratégicas para o SUS como uma das formas de enfrentamento da dificuldade de provimento e fixação dos profissionais médicos em municípios do interior do Brasil e das regiões com alta vulnerabilidade das periferias dos grandes centros urbanos; também buscou enfrentar a baixa qualificação profissional para atuar na atenção primária e a consequente degradação das práticas de cuidado e gestão, e estagnação de expansão da cobertura da Estratégia da Saúde da Família.

A medicina de família e comunidade foi uma das especialidades médicas consideradas estratégicas do PMM e muitos esforços foram empreendidos no sentido de criação e fortalecimento de novos programas de residência Brasil afora. No entanto, diante da compreensão de que o trabalho em saúde se dá essencialmente de forma interprofissional, o investimento de criação de um Programa de Residência para qualificação da APS não poderia ocorrer apenas com esta categoria. No momento de criação do Projeto de formação pela FESF, a integração da formação médica com as outras áreas profissionais que compõem as equipes que atuam na APS foi um imperativo.

Nesse sentido, foi proposta a integração dos Programas em um currículo por competências e em equipes multiprofissionais. Um dos objetivos dessa integração foi o desenvolvimento de uma compreensão ampliada do papel de cada categoria profissional, tanto no campo de prática, como no desenvolvimento dos processos formativos, potencializando sua capacidade ativa e corresponsável no processo de mudança de modelo de atenção e formação.



## **I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS**

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021**

Para que esta formação respondesse às necessidades dos municípios e contribuísse com o fortalecimento do SUS e da APS, a construção do Projeto se deu de forma alinhada com a gestão municipal de Camaçari. O processo seletivo ocorreu no fim de 2014 e, em março de 2015, iniciou-se a primeira turma de residentes médicos e multiprofissionais, incluindo enfermeiras, cirurgiões-dentistas, trabalhadores (as) do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (fisioterapeutas, nutricionistas, profissionais da educação física e, posteriormente, psicólogos) e sanitaristas na função de apoio institucional às equipes de saúde da família. Entre março de 2015 e março de 2021, foram formados 330 profissionais de 8 diferentes categorias, com mais 228 ainda em formação, assistindo uma população no município de Camaçari de, aproximadamente, 40 mil pessoas.

O desenho dos programas de residência prevê que os residentes assumam o lugar de trabalhadores das equipes (equipe mínima, saúde bucal, apoio institucional e NASF) e não fiquem como observadores que acompanham as equipes do município do lugar de “estudantes”. Assim, todos (as) os (as) trabalhadores (as) com curso universitário das seis USF e as três equipes do NASF são residentes; apenas a gerência, as trabalhadoras da limpeza, as recepcionistas, as técnicas de enfermagem e os (as) agentes comunitários (as) de saúde (ACS) são trabalhadores do município.

Essa opção mostrou-se potente, tanto para a formação de profissionais que aprendem em situações concretas do trabalho em saúde e com apoio pedagógico especializado, quanto para os municípios, que conseguem ampliar o quantitativo de trabalhadores por habitante de forma qualificada e economicamente atrativa.

Por outro lado, essa opção poderia representar riscos de perda de autonomia da gestão municipal, uma vez que esta não está fazendo a gestão do trabalho de uma parte importante dos profissionais dos serviços de saúde. No entanto, é pressuposto do Projeto dos Programas de Residência da FESF oferecer uma formação integrada aos serviços do SUS, seguindo a máxima, de ser uma formação no SUS, com o SUS e para o SUS. Portanto, não é intenção da coordenação do Programa que as gestões municipais percam a sua autonomia na formulação das diretrizes

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e 19 de junho de 2021**

de funcionamento da sua rede e nem que os residentes sejam formados em uma bolha desconectada com a realidade do sistema de saúde. O investimento na produção de uma relação estreita com a gestão municipal, principalmente com a coordenação da atenção básica do município, tornou-se essencial na construção desse projeto.

A escolha da região de saúde e das USF nas quais os residentes estariam inseridos se deu junto com a equipe de gestão municipal a partir das necessidades de ampliação de cobertura da Estratégia da Saúde da Família e qualificação do cuidado. Para a implantação do Programa, trabalhadoras da gestão, juntamente com a coordenação do projeto na FESF, fizeram um intenso investimento prévio à chegada dos residentes, o qual envolveu a apresentação do Programa aos trabalhadores que já estavam no serviço, implantação de USF em um território descoberto, transformação de uma unidade básica de saúde em uma unidade de saúde da família e redefinição da territorialização da região de saúde.

A relação de gestão compartilhada entre os entes foi se materializando através de ferramentas, espaços e estratégias de gestão. Para o acompanhamento das metas e prestação de contas da relação entre município e Programas de Residências, criou-se o assento da gestão municipal nas Comissões de Residência Médica (COREME) e de Residência em Área Profissional (COREMU), além da implementação da Comissão de Avaliação e Acompanhamento do Convênio onde representantes dos dois entes se encontram regularmente para avaliar o relatório de atividades executadas e os relatórios de prestação de contas. A participação dos residentes e preceptores nas instâncias do controle social, além de permitir ampliação da escuta no planejamento das ações de saúde, permitiu que houvesse uma avaliação das atividades dos Programas de Residência e servisse de parâmetro de qualidade dos serviços para a gestão municipal.

No entanto, onde a relação de gestão compartilhada se expressou mais fortemente, tal como foi projetado pela FESF, na perspectiva de formulação, construção conjunta e implicação dos sujeitos envolvidos para a qualificação dos serviços, foi na micropolítica das relações cotidianas produzidas com os sujeitos e coletivos de gestores na secretaria municipal de saúde,

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e 19 de junho de 2021**

fora dos espaços instituídos de gestão. Destacam-se duas apostas na operacionalização dessa relação: o Apoio Institucional e a Coordenação de Campo.

O apoio institucional é colocado como uma diretriz de organização e qualificação da atenção básica de responsabilidade das gestões municipais através da Portaria do Ministério da Saúde nº 2.436, de 21 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). Segundo Campos (2007), o Apoio é pensado como uma função gerencial que, a partir do princípio da cogestão, visa reformular o modo tradicional de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Diante do reconhecimento da potência do Apoio Institucional, a FESF o tomou como um eixo estruturante desde a sua criação, e o Programa de Residência Multiprofissional o assumiu como uma das suas áreas de concentração através da incorporação da sanitarista entre as categorias a serem formadas. Junto com as sanitaristas residentes, existe o Apoiador Pedagógico Institucional (API), que é o sujeito que assume uma função pedagógica no Programa, como preceptor das sanitaristas e, ao mesmo tempo, uma função de gestão como apoiador institucional dos serviços nos quais os residentes estão presentes. A proposta colocada para o API, apesar de ainda não acontecer com a organicidade desejada, inclui a participação nas instâncias de gestão da atenção básica do município com o objetivo de realizar apoio às equipes de residência em alinhamento com as diretrizes municipais.

Além do API, criou-se a figura do coordenador de campo que compõe a estrutura do colegiado de gestão dos Programas, junto com a coordenação geral, secretaria acadêmica, coordenação de atividades teórico-práticas e coordenação administrativa. Como os Programas de Residência têm diferentes municípios como cenários de práticas, a coordenação de campo cumpre a função de acompanhar *in loco* as atividades de planejamento do corpo pedagógico e residentes, apoiando-os em suas necessidades cotidianas em articulação com as demandas da gestão e permitindo uma coerência programática no território. Desta forma, a gestão compartilhada tem o potencial de se expressar em sua plenitude com a efetiva atuação desses sujeitos que se “contaminam” pelo campo a partir da complexidade, das potências e desafios







## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021**

mais um desses procedimentos. Essa é uma realidade que, infelizmente, tem sido cada vez mais comum no atual contexto de financiamento, dificultando a construção de espaços de reflexão crítica, a qualificação do cuidado e o desenvolvimento das competências previstas no Projeto Político Pedagógico dos Programas de Residência.

### **Considerações finais**

Na experiência relatada, a gestão compartilhada é tomada como uma estratégia, mas também como uma modelagem de gestão, que potencializa as diversas capacidades dos atores envolvidos no planejamento, desenvolvimento de ações e serviços, e tomada de decisões coletivas, de modo a implicar todos nesse processo, a compreendendo como uma importante aposta neste desafio de transformação das práticas de saúde e de qualificação profissional.

A experiência aponta para a potência da gestão compartilhada em contribuir com a formação dos profissionais de saúde alinhada com os princípios e diretrizes do SUS, e com os atributos da Atenção Primária à Saúde; em apoiar a implementação das diretrizes de gestão no cotidiano dos serviços; em fortalecer a continuidade dos processos nos períodos de mudança das equipes de gestão; e em apoiar na qualificação das equipes de gestão municipal. Aponta, também, para os muitos desafios na disputa entre as necessidades da formação em conformidade com o Projeto Político Pedagógico e os diversos interesses da gestão na organização do sistema municipal para atender às exigências e limitações do (des)financiamento da atenção primária à saúde impostos recentemente pela Política Nacional da Atenção Básica.

Percebe-se, portanto, que essa experiência de gestão compartilhada possibilita que as contradições, tensões, interesses e racionalidades em torno da formação em saúde, da produção do cuidado, dos modelos de gestão vigentes e do próprio papel da atenção primária à saúde se expressem e sejam consideradas nas disputas, fazendo parte da construção cotidiana dos Programas e dos serviços nos quais os residentes estão inseridos.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021

A multiplicidade de olhares é a expressão da complexidade constitutiva de processos de formação em serviços, os quais são característicos da modalidade residência, em realidades concretas atravessadas por todas as turbulências que os sistemas municipais de saúde sofrem, como é o caso destes Programas de Residência.

Esse processo singular de gestão compartilhada contribui com a aproximação da formação na atenção primária com as necessidades de saúde da forma como elas se expressam nesse âmbito de atenção e das expectativas da gestão municipal, reforçando a premissa constitucional de que o SUS deve ser o ordenador da formação de trabalhadores para o próprio Sistema e potencializando um modo de fazer gestão que busca ser democrático e participativo. Assim, a gestão compartilhada se fortalece como um dos eixos estruturantes da Fundação Estatal Saúde da Família e do próprio SUS neste município da região metropolitana de Salvador.

## Referências

ABRAHÃO, A.L; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramenta na prática de ensinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, p. 313-324, 2014. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0166>. Acesso em 26 de julho de 2021.

ANDRADE, L. R. **A FÉ no SUS**: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para a Estratégia Saúde da Família na Bahia. 2009. 128f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2009. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/2486>. Acesso em 23 jul 2021.

BAHIA. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB N° 123/2009**. Aprova o Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família e dá diretrizes gerais para o processo de contratualização dos municípios junto à FESF. 2009. Disponível em: [http://www1.saude.ba.gov.br/dab/fesf/arquivos/cib\\_123.pdf](http://www1.saude.ba.gov.br/dab/fesf/arquivos/cib_123.pdf). Acesso em: 24 jul. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão do SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015. 133p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização

## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021

da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017. Disponível: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 25 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização - Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 20p.

CAMPOS, G.W.S. **Os Médicos e a Política de Saúde**. 1 ed. São Paulo: Hucitec, 1988. 214p.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições — o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. 236p.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007. 185p.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14(1), p. 41- 65, 2004. Disponível em <https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 15 de julho de 2021.

CECÍLIO, L.C.O.; MENDES, T.C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, 2004 pp. 39-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200005>. Acesso em: 26 jul. 2021.

CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 333p

FOUCAULT, M. "Foucault". In: Motta MB, organizador. **Ditos e Escritos V**. Monteiro E, Barbosa IA, tradutores. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004. p.28-42.

FOUCAULT, M. Os Intelectuais e o Poder. In.: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. MACHADO, R. (Org. e Trad.). Rio de Janeiro: Edições Graal, 2006. p.69-78.

GUATTARI, F. ROLNIK, S. **Micropolítica**: Cartografias do Desejo. 4a ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 327p.

HARDT, M; NEGRI, A. **Multidão**: guerra e democracia na era do Império. Marques C, tradutor. Rio de Janeiro: Record, 2005. 530p.



## I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde" 18 e  
19 de junho de 2021

MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S.(org) **Saúde e Democracia, a luta do CEBES**. Ed. Lemos. Série Epidemiológica, 1. São Paulo, 1997a. 324p.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E, ONOKO, R.T. (Orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. 385p.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002. 189p.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T.B., et al., organizadores. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho**. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 21-45.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, v. 9, n.16, p. 172-174, 2005. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>. Acesso em 26 de julho de 2021.

MERHY, E.E. o agir em ato como analisador ético-político do fazer produtivo. In: BRANT, V. (Org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. 1ed. Juiz de Fora: Editora UFJG, 2011, v. 1, p. 105-114.

OLIVEIRA, J.A.S. **Encontros entre Trabalhadores de Saúde e Pessoas em Situação de Rua no Centro Histórico de Salvador, Bahia: violências, potências e insurgências**. 2021. 289 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021.

PELBART, P.P. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. 2 ed. São Paulo: n-1; 2016. 442p.

PINTO, H.A.; ANDREAZZA, R.; RIBEIRO, R.J.; LOULA, M.R.; REIS, A.A.C. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 23, n. Supl. 1, mai 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.170960>>. Acesso em: 20 Jul. 2021.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo**. 2a ed. Porto Alegre: Sulina, UFRGS; 2011. 248p.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## IMPLEMENTAÇÃO DE AÇÕES DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE EM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

Thaynara Amaral Leite<sup>1</sup>

Thaíse Costa de Melo<sup>2</sup>

Eliene Abrantes<sup>3</sup>

**Resumo:** O processo de territorialização é um meio operacional para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população. Entretanto, o território vai além das questões geográficas, incluindo o conjunto de relações sociais, comportamentais e psicológicas que o indivíduo estabelece. É um espaço vivo e dinâmico, onde as pessoas estudam, trabalham, estabelecem relações e redes sociais, mantêm estilos de vida, hábitos, crenças e sua cultura. Dessa forma, o objetivo deste trabalho foi implementar ações de vigilância em saúde em uma equipe de Saúde da Família (eSF) do município de João Pessoa. O trabalho foi realizado envolvendo os profissionais da eSF Bela Vista II, que pertence a USF Integrada Unindo Vidas, localizada no bairro Cristo Redentor no município de João Pessoa – PB. O primeiro passo foi promover uma discussão acerca dos indicadores do Programa Previne Brasil, com o intuito de identificar potencialidades e desafios da equipe, acerca do cumprimento das metas propostas por ele. Em seguida, foi feita a análise dos indicadores da sala de situação e, os profissionais traçaram estratégias e construíram instrumentos de coleta de dados para o aperfeiçoamento do diagnóstico situacional do território onde a equipe está inserida, além de elencarem pontos importantes para o processo de vigilância em saúde que não constam na sala de situação do município. Dentre as estratégias traçadas estão a busca ativa de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e obesidade, a fim de incentivar o acompanhamento das condições de saúde e a prevenção de agravos; o preenchimento do cartão espelho de vacinação de todas as crianças do território; levantamento dos casos de suspeitos e confirmados de COVID-19 no território, a fim de realizar o monitoramento dos contatos e prevenir novos casos da doença; e a implementação de consultas agendadas para gestantes, puérperas e crianças de 0 a 5 anos, com o intuito de garantir o cuidado integral a esses pacientes. A partir dessas estratégias, foram construídas planilhas para coleta e atualização dos dados da população, como: planilha de registro de casos suspeitos e confirmados de COVID-19, contendo dados pessoais e sociodemográficos usuário, assim como

<sup>1</sup> Farmacêutica, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM), João Pessoa - PB, Brasil, thay-leite@hotmail.com

<sup>2</sup> Nutricionista, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba (FCM), João Pessoa - PB, Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira, Prefeitura Municipal de João Pessoa, Secretaria Municipal de Saúde, João Pessoa - PB, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

o tipo de teste realizado e seu resultado e, planilha para consolidar os dados e verificar o alcance das metas do Programa Previne Brasil. Além disso, foi feita a reavaliação dos livros de registro da eSF, acrescentando pontos importantes a serem avaliados. Dessa forma foi iniciado o processo de vigilância em saúde, com o intuito de compreender, acolher e atender as necessidades dos usuários, considerando os aspectos clínicos, sociais, ambientais, comportamentais e psicológicos destes e, promover uma assistência à saúde de forma integral.

**Palavras-chave:** Vigilância; Estratégias; Monitoramento; População; Indicadores.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é definido constitucionalmente como um sistema público descentralizado, organizado em rede regionalizada e hierarquizada, integrando ações e serviços de saúde (BRASIL, 1990). O formato organizacional do SUS, integrado em Redes de Atenção à Saúde (RAS), enfatiza a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, tal como proposto pela Constituição de 1988. De forma geral, é possível visualizar três conjuntos de ações e serviços instituídos sob o SUS, formatados segundo as complexidades relativas de cada nível de atenção, a saber: atenção primária ou atenção básica e atenção de média e de alta complexidade (MENDES, 2011).

A Atenção básica ou Atenção Primária à Saúde (APS), considerados como termos equivalentes segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), constitui o primeiro contato dos indivíduos, da família e da comunidade, ofertando ações e serviços individuais e coletivos, tendo como um de seus objetivos solucionar possíveis graus de problemas a fim de prevenir e evitar a evolução dos agravos, de forma a reduzir os encaminhamentos para ações de maior complexidade (BRASIL, 2017; BRASIL, 2010).

Sendo assim, a APS precisa estar organizada, sendo ela estruturada como ordenadora do cuidado e coordenadora das ações e serviços, para que a RAS funcione. A PNAB (2017)



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

reafirma que as ações da APS são dirigidas à população de um território definido, onde as equipes assumem responsabilidade sanitária. Com isso, corroborando com Faria (2020) quando se refere à atenção básica, todo o projeto territorial do SUS depende de uma base que está presente em todo o Brasil, deve funcionar como porta de entrada e centro de comando da rede. No Brasil, na APS, adota-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como unidade de cadastramento e vinculação de uma população (BRASIL, 2015).

Para compreender saúde e doença, nos âmbitos individual e coletivo, é necessário localizar pessoas, grupos e eventos no tempo e no lugar. O processo de territorialização deve ser entendido como o meio para o desenvolvimento do vínculo entre os serviços de saúde e a população. O território é um espaço geográfico único, delimitado para dar suporte aos atendimentos da população, sendo atribuição dos membros da equipe da APS participar deste processo e do mapeamento da área de atuação, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidade (BRASIL, 2017). Porém, é importante compreender que o território é um espaço vivo e dinâmico. Apesar de ser um espaço comum de convivência, há nele características distintas de grupos sociais definidos, em que se integram e interagem as condições de trabalho, de renda, de habitação, de educação, o meio ambiente, a cultura e outros fatores (COLUSSI; PEREIRA, 2016; BRASIL, 2018). Torna-se perceptível que os recortes e limites territoriais definidos em um dado momento podem não estar mais adequados no agora, necessitando de ajustes.

Diante disso, a compreensão do território como área de abrangência de uma unidade de saúde e como espaço de atuação para se desenvolver a vigilância em saúde, é indispensável para tornar possível a programação das ações de acordo com o perfil de morbidade e mortalidade, e as necessidades da comunidade. Colussi e Pereira (2016) enfatizam que quando se torna necessária a revisão dos limites geográficos do território, é importante não considerar apenas o número de pessoas por equipe de saúde da família (eSF), mas, principalmente, as condições socioeconômicas que acabam por trazer uma grande demanda de serviços para a



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

unidade de saúde. Em consonância, Faria (2020) reflete sobre a “desterritorialização” da APS quando, através da PNAB (2017), se deixa indefinido um número mínimo obrigatório de agentes comunitários de saúde (ACS) em uma eSF. A territorialização é um processo que pode ser feito por qualquer profissional, mas na realidade é feito quase sempre pelo ACS através da busca ativa e, sem ele, o processo da continuidade do cuidado e intervenção nos determinantes sociais se tornam precários. Faria (2020) faz uma crítica quando a PNAB (2017) coloca a territorialização como diretriz, mas de certa forma a inviabiliza, levando a um novo arranjo organizacional com a desconstrução do modelo de atenção baseado na saúde da família.

Considerando a importância da territorialização e adscrição das pessoas aos serviços da APS e o vínculo entre população e equipe, bem como o intuito em responsabilizar os gestores e profissionais pelos usuários que assistem, o Programa Previne Brasil foi instituído em 2019, sendo um novo modelo de financiamento de custeio da atenção básica. O recurso do Previne Brasil é distribuído com base na métrica de desempenho de indicadores estabelecidos para que se estruture e avalie o cuidado ao usuário (BRASIL, 2019a).

Segundo a Portaria nº 2.979/GM/MS (2019a), através do Artigo 9º, o financiamento federal de custeio da APS será constituído por captação ponderada, pagamento por desempenho e incentivo para ações estratégicas. Nesse diapasão, a Portaria nº 3.222/GM/MS (2019b) dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, e define as ações estratégicas e os indicadores do ano de 2020, além de estabelecer as ações estratégicas para definição dos indicadores dos anos de 2021 e 2022.

Os indicadores do ano de 2020 são os únicos vigentes até o momento, e totalizam 7 (sete), a saber:

- I - Proporção de gestantes com pelo menos 6 (seis) consultas pré-natal realizadas, sendo a 1ª até a 20ª semana de gestação;
- II - Proporção de gestantes com realização de exames para sífilis e HIV;
- III - Proporção de gestantes com atendimento odontológico realizado;



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

IV - Cobertura de exame citopatológico;

V - Cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente;

VI - Percentual de pessoas hipertensas com pressão arterial aferida em cada semestre;

VII - Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada.

Ademais, foi instituído através da Portaria GM/MS nº 3.830, de 29 de dezembro de 2020 o incentivo financeiro aos municípios que alcançarem as metas dos indicadores do Previne Brasil (BRASIL, 2020a).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi implementar ações de vigilância em saúde em uma eSF do município de João Pessoa, com vistas a alcançar os indicadores do Previne Brasil, bem como aperfeiçoar o diagnóstico situacional do território para planejamento das ações de saúde adequadas e resolutivas.

## **Método**

Trata-se de um relato de experiência acerca da vigilância em saúde na Atenção Primária à Saúde.

O trabalho foi realizado na USF Integrada Unindo Vidas, localizada no bairro Cristo Redentor no município de João Pessoa – PB, envolvendo os profissionais da eSF Bela Vista II.

A eSF Bela Vista II é composta por uma enfermeira, oito agentes comunitários de saúde (ACS), uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal (ASB), uma agente administrativa, duas residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade (farmacêutica e nutricionista), uma médica residente em saúde da família e comunidade e o preceptor médico da residência de medicina de família e comunidade.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021



Figura 1: Foto do Arquivo pessoal da USF

Foi utilizado o espaço das reuniões de equipe que ocorrem a cada quinze dias, na sexta-feira pela manhã, onde foi proposto pela enfermeira da equipe, juntamente com as residentes multiprofissionais em saúde da família e comunidade, a implementação de ações de vigilância em saúde, tendo como base os indicadores do Programa Previne Brasil, do Ministério da Saúde.



Figura 2: Reunião da eSF Bela Vista II, para discussão dos indicadores do Previne Brasil

O primeiro passo foi promover uma discussão acerca das Portarias nº 3.222/2019 e nº 3.830/2019, que dispõem sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil, com o intuito de identificar as potencialidades e os desafios da equipe, no que diz respeito ao cumprimento das metas propostas pelos referidos documentos.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Em seguida, foi feita a análise dos indicadores da sala de situação, onde os profissionais elencaram pontos a serem trabalhados para melhor desempenho da equipe.

Para finalizar, os profissionais traçaram estratégias e construíram instrumentos de coleta de dados para o aperfeiçoamento do diagnóstico situacional do território onde a equipe está inserida, além de elencarem pontos importantes para o processo de vigilância em saúde que não constam na sala de situação do município, abrangendo os seguintes tópicos: a busca ativa de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e obesidade, a fim de incentivar o acompanhamento das condições de saúde e a prevenção de agravos; o preenchimento do cartão espelho de vacinação de todas as crianças do território; levantamento dos casos de suspeitos e confirmados de COVID-19 no território, a fim de realizar o monitoramento dos contatos e prevenir novos casos da doença; e a implementação de consultas agendadas para gestantes, puérperas e crianças de 0 a 5 anos, com o intuito de garantir o cuidado integral a esses pacientes.

Entendendo a importância da informação sobre o território no processo do planejamento na produção do cuidado, foram construídos alguns instrumentos em formato de livros e planilhas do Excel, que ficarão disponíveis de forma física na unidade de saúde e em sistema eletrônico de armazenamento em nuvem. Importa mencionar que o município e, conseqüentemente, a unidade de saúde não dispõe de sistema informatizado e nem acesso à internet, ficando o preenchimento restrito a documentos impressos e livros.

## **Resultados e discussão**

A partir da discussão acerca do Programa Previne Brasil e análise da sala de situação do município, foram construídos 4 instrumentos de coleta de dados para o aperfeiçoamento do diagnóstico situacional do território onde a eSF Bela Vista II está inserida, os quais estão descritos a seguir:

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS


"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## 1- Planilha para consolidar os dados e verificar o alcance das metas do Programa Previne Brasil

A planilha foi construída a fim de registrar, semanalmente, os dados resultantes dos atendimentos da equipe que irão contribuir para o alcance das metas exigidas pelos indicadores do Programa Previne Brasil elencados para o ano de 2020.

A segunda coluna traz a descrição dos indicadores, enquanto as colunas seguintes trazem a quantidade de atendimentos e/ou procedimentos realizados em cada semana do mês para o cumprimento daquele respectivo indicador. Ao final de cada mês, faz-se a consolidação desses números para serem enviados ao Distrito Sanitário. A planilha de cada mês fica disponível em formato impresso na sala da enfermeira.


**JOÃO PESSOA**  
 Prefeitura Municipal de João Pessoa  
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
 DISTRITO SANITÁRIO II  
 UNIDADE UNINDO VIDAS  
 EQUIPE BELA VISTA II

**ACOMPANHAMENTO SEMANAL DOS INDICADORES DO PREVINE BRASIL/2021**

Nº	INDICADOR	31/05 ATE 04/06	07 ATE 11/06	14 ATE 18/06	21 ATE 25/06	28/06 ATE 02/07
01	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM PELO MENOS 6 CONSULTAS REALIZADAS, SENDO A 1ª ATE A 20ª SEMANA					
02	PROPORÇÃO DE GESTANTES COM REALIZAÇÃO DE EXAMES PARA SÍFILIS E HIV					
03	PROPORÇÃO DO Nº DE GESTANTES COM ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO					
04	COBERTURA DE EXAME CITOLÓGICO EM MULHERES DE 25 A 64 ANOS					
05	COBERTURA VACINAL DE POLIOMIELITE INATIVADA E DE PENTAVALENTE (CRIANÇAS MENORES DE 1 ANO)					
06	PERCENTUAL DE PESSOAS HIPERTENSAS COM PRESSÃO ARTERIAL AFERIDA EM CADA SEMESTRE					
07	PERCENTUAL DE DIABÉTICOS COM SOLICITAÇÃO DE HEMOGLOBINA GLICADA					

Figura 3: Planilha de acompanhamento semanal dos indicadores do Previne Brasil/2021

O Programa trouxe algumas mudanças para a forma de financiamento da atenção básica, o PAB Fixo foi substituído pela Captação Ponderada, que é o financiamento por pessoa cadastrada por cada eSF e por equipe de Atenção Primária (eAP) homologadas no Cadastro



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Enquanto, o PAB Variável foi substituído pelas Ações Estratégicas, que avaliam o desempenho e processos de trabalho com base em sete indicadores (BRASIL, 2019a). Assim, é preciso consolidar essas informações, para garantir o alcance desses indicadores pelas equipes de saúde.

## 2- Cadastro de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como diabetes, hipertensão e obesidade

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global, com grande impacto de mortalidade e incapacidade. Dentro desse cenário, temos que as DCNT, com evidência para a hipertensão, o diabetes mellitus e a obesidade, atingem principalmente usuários que moram em regiões de risco e vulnerabilidade. Assim a cobertura em relação ao cuidado integral fica a cargo da Atenção Básica (AB) em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (CAMPOS *et al.*, 2019; BRITO *et al.*, 2019).

Dessa forma, foi criada uma planilha para cadastrar todos os usuários portadores dessas comorbidades, dentro da equipe de saúde, a fim de realizar a busca ativa e resgatar o cuidado integral desses usuários. A mesma está disponível em formato de planilha do Excel em sistema eletrônico de armazenamento em nuvem, para que todos da equipe tenham acesso.

Além disso, foi confeccionado um livro para registro dos valores de pressão arterial, peso, estatura e IMC dos usuários portadores de doenças crônicas atendidos pela equipe, a fim de monitorar a evolução clínica desses usuários. O livro fica disponível da sala da enfermeira e é atualizado diariamente.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

	A	B	C	D	E	F	G	H
	USUÁRIO	END	CONDIÇÃO DE SAÚDE	DN	ID	INSULINA?	ACAMADO/ DOMICILIADO?	ACS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

Figura 4: Planilha de cadastro de usuários portadores de doenças crônicas não-transmissíveis

### 3- Cartão espelho de vacinação das crianças do território

No que se refere ao 5º indicador: cobertura vacinal de poliomielite inativada e de pentavalente -, a equipe providenciou cartões espelho de vacinação das crianças e preencheu junto aos livros de registro da sala de vacina, como também através de busca ativa nos domicílios, mantendo o instrumento atualizado de acordo com o imunizante para a idade adequada.

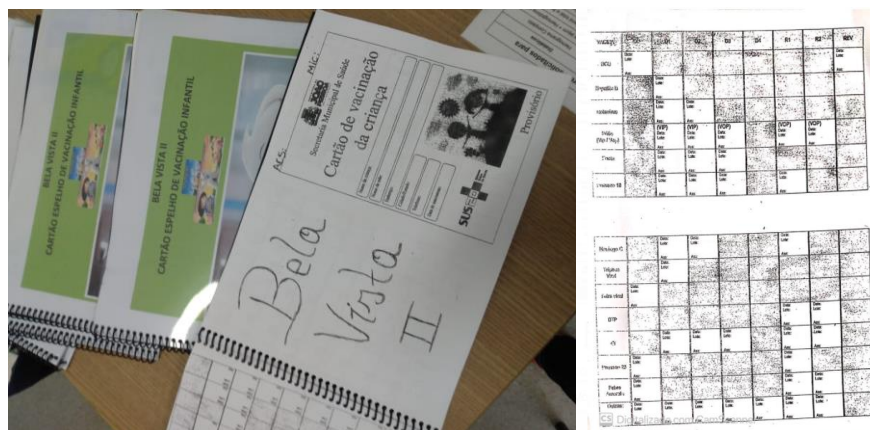


Figura 5: Livros contendo os cartões espelho, separados por microárea

Com o intuito de reduzir o número de injeções em um mesmo momento, foram desenvolvidas as vacinas combinadas, as quais são capazes de proteger contra mais de um agente infeccioso, vírus ou bactéria. A vacina Pentavalente (DTP/HB/Hib) iniciou em 2012





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

combinando difteria, tétano e coqueluche (DTP); o componente contra o *Haemophilus influenzae tipo b (Hib)*; e a vacina contra o vírus da hepatite B (HBV) (BRASIL, 2012).

Os benefícios de não haver reações quando algumas vacinas são tomadas juntas, como a Poliomielite e a Pentavalente, favorece ainda que o usuário precise se deslocar menos vezes à unidade de saúde, o que contribui para um maior alcance da cobertura vacinal (BRASIL, 2012). Porém, Arroyo e colaboradores (2020), em seu estudo realizado em 5.570 municípios brasileiros, tendo, como população, o número de crianças de até um ano de idade (12 meses) vacinadas anualmente para BCG, poliomielite e tríplice viral, no período de 2006 a 2016, identificou que, nacionalmente, houve uma tendência de redução do número de imunização para essas três vacinas, no decorrer dos anos.

Dados do Ministério da Saúde (2021) mostram que entre os anos 2000 e 2017, este último foi o ano com menor cobertura vacinal para Poliomielite. Nesse diapasão, o preenchimento e acompanhamento do cartão espelho do cartão de vacina, tendo como finalidade monitorar a vacinação oportuna em idade apropriada e em intervalos adequados, atingindo a meta preconizada pelo Previne Brasil.

## 4- Planilha de acompanhamento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde caracterizou a COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus, como uma pandemia. Dessa forma, a Organização Pan-Americana da Saúde considerou que existem três tipos de ações a serem tomadas: conter o vírus, através da detecção e isolamento de casos e do rastreamento de contatos; organizar os serviços para responder a um maior influxo de pacientes em estado grave e desacelerar a transmissão, por meio de uma abordagem multissetorial (OPAS, 2020).

O objetivo do isolamento domiciliar dos contatos é diminuir a propagação da covid-19, sendo realizado a partir de um caso suspeito de covid-19, para prevenir o surgimento de uma próxima geração de infecções a partir de um caso índice, visto que contatos próximos podem





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

iniciar a transmissão do vírus SARS-CoV-2, mesmo que ainda estejam assintomáticos (BRASIL, 2020b).

A princípio o acompanhamento dos casos de COVID-19 na eSF Bela Vista II era feito a partir das fichas de notificação, preenchidas durante o atendimento do usuário portador da síndrome gripal. A partir daí, observou-se a necessidade de rastrear e monitorar os contactantes desses usuários, visto que, a maior parte da população do território é composta por núcleos familiares grandes, que, na maioria das vezes, moram em ambientes com poucos cômodos, o que impossibilita o isolamento da pessoa infectada, aumentando o percentual de transmissibilidade da doença. Entretanto, o rastreamento desses contatos era feito a partir de uma segunda ficha de notificação, onde os ACS preenchiam informações sobre o possível aparecimento de sintomas naquele usuário.

Dessa forma, a planilha foi criada com o intuito de consolidar todos esses dados em um único instrumento, a fim de aprimorar o processo de monitoramento dos casos e rastrear a transmissão no território. Ela conta com informações sobre a notificação do caso suspeito, a data dos primeiros sintomas, o tipo de teste realizado para auxiliar o diagnóstico, o desfecho do caso e o número de contatos que apresentaram sintomas da doença.

O monitoramento de contatos é uma estratégia fundamental para o controle da transmissão da covid-19, conforme já descrito na nota técnica nº 30/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020c) e, a estratégia de rastreamento, isolamento e monitoramento de contatos é de responsabilidade das equipes de Atenção Primária à Saúde e de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2020b).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

EQUIPE: BELA VISTA II										
NOME DO USUÁRIO	Nº DE NOTIFICAÇÃO	DATA DA NOTIFICAÇÃO	DATA DO 1º SINTOMA	DATA DO TESTE	TIPO DE TESTE	RESULTADO DO TESTE	DATA DE ENCERRAMENTO DO TESTE	Nº DE CONTATOS	Nº DE CONTATOS POSITIVOS	Nº DE CONTATOS NEGATIVOS

Figura 6: Planilha de monitoramento de casos suspeitos e confirmados de COVID-19

## Considerações finais

Entendemos que no processo de produção do cuidado é necessário considerar território não apenas como o espaço geográfico, mas refletir sobre as condições e qualidade de vida de uma população em um determinado espaço físico, analisando o contexto em que esta população vive e os fatores que interferem no processo saúde-doença, seja individualmente e/ou no coletivo.

Os espaços de diálogo nas reuniões de equipe fortaleceram os vínculos entre os profissionais que compõem a eSF Bela Vista II, proporcionando a melhor compreensão da dinâmica do território e suas particularidades, possibilitando a participação coletiva dos diversos profissionais no processo de construção do diagnóstico, elegendo as prioridades e as estratégias factíveis no enfrentamento das demandas identificadas no território.

É importante destacar a vigilância em saúde como elemento fundamental para o planejamento das ações em saúde. Neste contexto, os instrumentos foram construídos visando a implantação de ações estratégicas, melhorando o processo de monitoramento, avaliação e implementação de novas ações conforme as necessidades do território no qual este trabalho faz referência.

Dessa forma, busca-se aperfeiçoar o processo de vigilância em saúde já desenvolvido na equipe, com o intuito de compreender, acolher e atender as necessidades dos usuários,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

considerando os aspectos clínicos, sociais, ambientais, comportamentais e psicológicos destes e, promover uma assistência à saúde de forma integral.

Como continuidade, indica-se a atualização dos produtos ora mencionados, dando seguimento ao processo de territorialização e vigilância em saúde.

## Referências

ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional – **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.4, 1-18, 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Diário Oficial da União, 5 out 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 20 set 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 30 dez 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico da Introdução da Vacina Pentavalente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília: CONASS, 2015.

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



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia Política Nacional de Atenção Básica** – Módulo 1: Integração Atenção Básica e Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.222, de 10 de dezembro de 2019**. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Diário Oficial da União, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.830, de 29 de dezembro de 2020**. Institui, em caráter excepcional, incentivo financeiro de custeio destinado aos municípios que alcançaram as metas dos indicadores do pagamento por desempenho do Programa Previne Brasil, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Diário Oficial da União, 2020a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.358, de 2 de setembro de 2020**. Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19. Diário Oficial da União, 2020b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 30/2020-DESF/SAPS/MS**. Trata do processo de operacionalização da implementação das regras da Portaria nº 2.358/GM/MS, de 2 de setembro de 2020, referente às ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de Covid-19.. Diário Oficial da União, 2020c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Cobertura Vacinal - Brasil**. Brasil, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def> . Acesso em: 26/07/2021.

BRITO, K.V. *et al.* Educação em saúde: estratégias de enfermagem para o cuidado das doenças crônicas não transmissíveis na atenção básica. In: **Enfermagem moderna: bases de rigor técnico e científico 4** - Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

CAMPOS, J. J. B. *et al.* Estudo das internações sensíveis à atenção básica em dois municípios de grande porte no Brasil – **Revista de Saúde Pública do Paraná**, v.2, n.2, 49-58, 2019.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

COLUSSI, C.F., PEREIRA, K.G. **Territorialização como instrumento do planejamento local na atenção básica.** Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC; 2016.

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 11, 4521-4530, nov. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, R.G., GRABOIS, V., MENDES JR, W.V. **Qualificação de gestores do SUS.** – Rio de Janeiro, RJ: EAD/Ensp, 2009.

Organização PAN-AMERICANA DA SAÚDE, OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia, 2020. Disponível em: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## TENDÊNCIA DA PROPORÇÃO DE CASOS NOVOS DE HANSENÍASE TRATADOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE BRASILEIRA

Isabela de Caux Bueno<sup>1</sup>  
Eyleen Nabyla Alvarenga Niitsuma<sup>2</sup>  
Daniele dos Santos Lages<sup>3</sup>  
Bárbara Malaman Kerr<sup>4</sup>  
Rayssa Nogueira Rodrigues<sup>5</sup>  
Francisco Carlos Félix Lana<sup>6</sup>

**Resumo:** A descentralização das ações de controle da hanseníase estabeleceu as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) como locais preferenciais para realização do diagnóstico precoce, tratamento oportuno e vigilância de contatos por facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde. O que implica no reforço da descentralização dos serviços de saúde, reorientando o modelo assistencial, ainda fortemente centralizado em unidades de referência, acarretando no diagnóstico tardio em hanseníase. O estudo teve como objetivo analisar a tendência da proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS dos municípios brasileiros, no período de 2001 a 2015. Trata-se de um estudo do tipo ecológico de séries temporais, realizado com os casos novos de hanseníase diagnosticados no Brasil no período de 2001 a 2015. Utilizou-se como variável dependente a proporção de casos novos de hanseníase

<sup>1</sup> Bolsista de Pós-Graduação pela CAPES, Mestre em Enfermagem pela UFMG e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG/CNPq), UFMG, Belo Horizonte, Brasil, e-mail: [isabeladecaux@gmail.com](mailto:isabeladecaux@gmail.com)

<sup>2</sup> Professora do IFNMG, Mestre em Enfermagem pela UFMG e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG/CNPq), UFMG, Belo Horizonte, Brasil

<sup>3</sup> Bolsista de Pós-Graduação pela CAPES, Graduada em Enfermagem pela UFMG e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG/CNPq), UFMG, Belo Horizonte, Brasil

<sup>4</sup> Bolsista de Pós-Graduação pela CAPES, Graduada em Enfermagem pela UFMG e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG/CNPq), UFMG, Belo Horizonte, Brasil

<sup>5</sup> Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, Mestre e Doutora em Enfermagem pela UFMG, Membro do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG/CNPq), UFV, Viçosa, Brasil

<sup>6</sup> Professor Titular da Escola de Enfermagem UFMG, Mestre e Doutor em Enfermagem pela USP, Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase (NEPHANS/UFMG/CNPq), UFMG, Belo Horizonte, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

tratados na APS do município de residência, conforme Unidade Federativa, e como variável independente foi utilizado o ano do diagnóstico. Os dados foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Para a identificação do nível de atenção foi realizada uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O tratamento dos dados foi realizado no software Microsoft Excel. Para realização da análise estatística da tendência, utilizou-se a regressão linear de Prais-Winsten por meio do software STATA. Os dados do estudo mostraram que a proporção dos casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência das Unidades Federadas brasileiras, 82% (n= 22) apresentou tendência crescente, 11% (n= 5) estacionária e 7% (n= 2) decrescente. Notou-se que na região Norte, as 7 Unidades Federadas (UF) se mostraram com tendência crescente. Já no Nordeste, apenas a tendência de Sergipe se mostrou estacionária, sendo as outras 8 UF crescentes. No Sudeste as UF de Minas Gerais e Espírito Santo apresentaram tendência crescente, enquanto no Rio de Janeiro se teve uma tendência estacionária e em São Paulo, decrescente. A região Sul apresentou um cenário heterogêneo, cada UF mostrou-se de uma maneira. No Centro-Oeste e no Distrito Federal a tendência crescente se mostrou predominante. Observou-se que o país apresentou tendência crescente e quando analisada a regiões como unidade de análise, as regiões Sul e Sudeste tiveram tendência estacionária para casos tratados na APS, já as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior incremento anual. A maioria dos estados brasileiros têm priorizado o tratamento de casos novos de hanseníase nos municípios de residência, contudo, nas regiões de baixa endemia observa-se maior dificuldade de descentralizar para a APS as ações de diagnóstico e tratamento. O enfermeiro é protagonista nas ações de controle da hanseníase desenvolvidas na APS, exercendo importante papel na criação do vínculo e na integralidade e continuidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Hanseníase; Doenças Negligenciadas; Epidemiologia; Atenção Primária à Saúde; Perfil de Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A hanseníase é uma infecção crônica causada pelo *Mycobacterium leprae*, que afeta principalmente a pele e os nervos periféricos. Esta doença não é altamente contagiosa, ao contrário do que se pensa, e o tratamento está prontamente disponível (BHANDARI, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Tipicamente encontrada em países em desenvolvimento, a hanseníase apresenta distribuição heterogênea. O total de 13 países notificaram em 2019 entre 1.000 a 10.000 novos casos, enquanto Índia, Brasil e Indonésia, países mais endêmicos, relataram 114.451, 27.863 e 17.439, respectivamente, para o mesmo período (WHO, 2020). A distribuição geográfica da hanseníase é altamente dependente da suscetibilidade dos indivíduos (CAMBRI; MIRA, 2018), da intensidade do contato com o caso índice (NIITSUMA *et al.*, 2021), do desenvolvimento socioeconômico do local (LEANO *et al.*, 2019) e da organização dos serviços de saúde (RAMOS *et al.*, 2017). Como resultado, os casos diagnosticados, frequentemente, são agrupados espacialmente em regiões.

No Brasil, 26 aglomerados de alto risco de detecção de hanseníase foram identificados no período de 2001 a 2015 (RODRIGUES *et al.*, 2020). Grande parte da área está situada na Amazônia Legal (RODRIGUES *et al.*, 2020), região que compreende os estados do Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Mato Grosso, além de parte do Maranhão (IBGE, 2014). Diante da necessidade do controle da hanseníase, no Brasil, estratégias vêm sendo adotadas pelo Ministério da Saúde. Dentre essas, destaca-se a descentralização das Ações de Controle da Hanseníase (ACH) para a Atenção Primária à Saúde (APS) (VIEIRA; MARTINEZ-RIERA; LANA, 2020).

A APS oferece melhor acesso ao diagnóstico e ao tratamento, pois representa o primeiro ponto de atenção do sistema de saúde, levando o atendimento o mais próximo possível do local onde as pessoas residem e trabalham (RODRIGUES; ARCÊNCIO; LANA, 2021; BELDARRAÍN-CHAPLE, 2017). Contudo, esforços são necessários para que os serviços de referência passem a funcionar como suporte da APS, realizando diagnósticos de casos complexos, no gerenciamento de episódios reacionais e no tratamento de efeitos colaterais (BARBIERI *et al.*, 2016; BRASIL, 2016), e não assumindo integralmente o cuidado.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Considerando que a hanseníase ainda é um desafio em saúde pública no país e que as ações de controle da doença são prerrogativas fundamentais da APS, o objetivo deste trabalho foi analisar a tendência da proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS dos municípios brasileiros, no período de 2001 a 2015.

## **Método**

Trata-se de um estudo do tipo ecológico de séries temporais. Utilizou-se como unidade de análise o Brasil, suas 5 regiões e os 27 estados, incluindo o Distrito Federal. A população foi composta por casos novos de hanseníase diagnosticados no Brasil no período de 2001 a 2015.

Na perspectiva de avaliar a capacidade dos programas em responder ao controle da hanseníase, foi utilizado como variável dependente o indicador "proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência", segundo município de residência, conforme Unidade Federativa, e como variável independente o ano do diagnóstico dos casos novos de hanseníase registrados no SINAN, no período de estudo.

Os dados foram retirados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio do Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão (e-SIC). Para a identificação dos estabelecimentos de saúde onde os casos de hanseníase foram tratados foi realizada uma consulta ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir dos códigos da unidade de tratamento atual apresentados no Sinan. O acesso às informações se deu gratuitamente, por meio de página na internet.

Para o tratamento dos dados foi utilizado o *software* Microsoft Excel (versão 2016), que contemplou a construção do indicador proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência. O qual seguiu o seguinte método de construção: Numerador: casos





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

novos residentes em determinado local e tratados na APS do município de residência. Denominador: casos novos tratados na atenção primária, secundária e terciária do município de residência. Fator de multiplicação: 100.

Para a análise estatística da tendência foi utilizado o *software* STATA (versão 14). Utilizou-se a regressão linear de Prais-Winsten, por ser indicado para corrigir autocorrelação serial e permitir análise de séries temporais acima de nove anos de estudo (ANTUNES; CARDOSO, 2015). Para a aplicação do modelo foi realizada a transformação logarítmica (log) das variáveis dependentes (y). Essa transformação é utilizada para reduzir a heterogeneidade da variância dos resíduos da análise de regressão. Em seguida, foi aplicado o modelo autorregressivo de Prais-Winsten, para que fosse estimado o valor do coeficiente b1 do indicador. Posteriormente, o valor de b1 foi aplicado na seguinte fórmula, para identificar a variação percentual média anual (Annual Percent Change – APC):

$$APC = [-1 + 10^{b1}] * 100\%$$

Por fim, foram calculados os intervalos de confiança (IC) de 95% das medidas de variação, mediante a aplicação das seguintes fórmulas:

$$IC95\%_{\text{mínimo}} = -1 + 10^{[b1 - t * e]} * 100\%$$

$$IC95\%_{\text{máximo}} = -1 + 10^{[b1 + t * e]} * 100\%$$

Os valores do coeficiente b1 e e (erro-padrão) foram gerados pelo programa de análise estatística e extraídos da modelagem de regressão realizada. O t refere-se ao t-student e, nesta análise, corresponde a 14 graus de liberdade (2,145), que se refere aos 15 anos de estudo, com nível de confiança de 95%.

A partir desse cálculo, pode-se interpretar a evolução temporal do indicador selecionado como uma tendência crescente, se a taxa de variação percentual média anual foi significativamente positiva; decrescente, se foi significativamente negativa; e estacionária, quando se aceita a hipótese nula ( $p \geq 0,05$ ) de que não há diferença significativa entre o valor da variação é zero.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

O estudo foi realizado atendendo às determinações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013), e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por meio do parecer CAAE 69198517.0.0000.5149.

## **Resultados**

No período de 2001 a 2015 foram notificados 605.651 casos novos de hanseníase no Brasil, o que equivale a uma taxa média de detecção de 21,65 para cada 100 mil habitantes. Neste período, o Brasil apresentou uma tendência crescente na proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência, proporção esta que variou de 51,8% em 2001 a 76,8% em 2015.

No panorama regional, as regiões Norte e Nordeste tiveram tendência crescente para casos tratados na APS com maior incremento anual. A região Centro-Oeste também apresentou tendência crescente com menor incremento anual, quando comparado às demais regiões, porém com uma proporção de casos tratados na APS acima das demais regiões (máximo: 85,2%; mínimo: 58,7%). As regiões Sul e Sudeste apresentaram tendência estacionária para casos tratados na APS, sendo que a região Sul apresentou a menor média da proporção de casos tratados na APS do município de residência durante o período estudado (média: 51,2%) (TABELA 1 e GRÁFICO 1).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

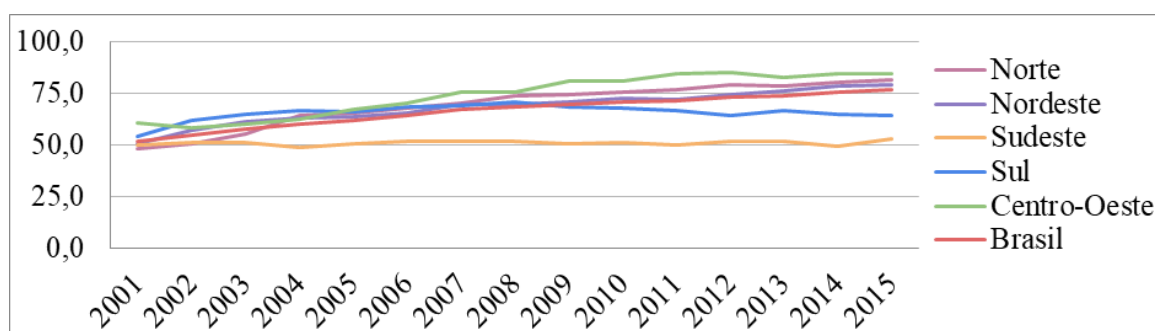
"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

TABELA 1 - Tendência da proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS no Brasil e suas regiões geográficas

Região	%	IC 95%	p-valor	Tendência
Norte	3,82	(2,46;5,20)	<0,001	Crescente
Nordeste	2,89	(2,26;3,53)	<0,001	Crescente
Sudeste	0,10	(-0,08;0,28)	0,355	Estacionária
Sul	0,92	(-0,21;2,06)	0,176	Estacionária
Centro-Oeste	2,64	(1,73;3,56)	<0,001	Crescente
Brasil	2,84	(2,18;3,51)	<0,001	Crescente

GRÁFICO 1 - Evolução da proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS no Brasil e suas regiões geográficas - 2001 a 2015



A análise das UF brasileiras mostrou que 82% (n= 22) delas apresentaram tendência crescente na proporção dos casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência, 11% (n= 5) tiveram tendência estacionária e 7% (n= 2) decrescente. Notou-se que na Região Norte, as sete UF se mostraram com tendência crescente, sendo o Acre o estado brasileiro com maior incremento anual (média: 59,7%), seguido pelo Amapá (média: 33,6%). Contudo, tais estados, somados aos estados de Rondônia e Amazonas, apresentaram uma média da proporção de casos tratados na APS inferior a 60%. Destaca-se ainda que Amazonas e Amapá não apresentaram nem 60% dos seus casos sendo tratados na APS em nenhum ano de estudo (TABELA 2 e GRÁFICO 2).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

TABELA 2 - Tendência da proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS nas UF brasileiras

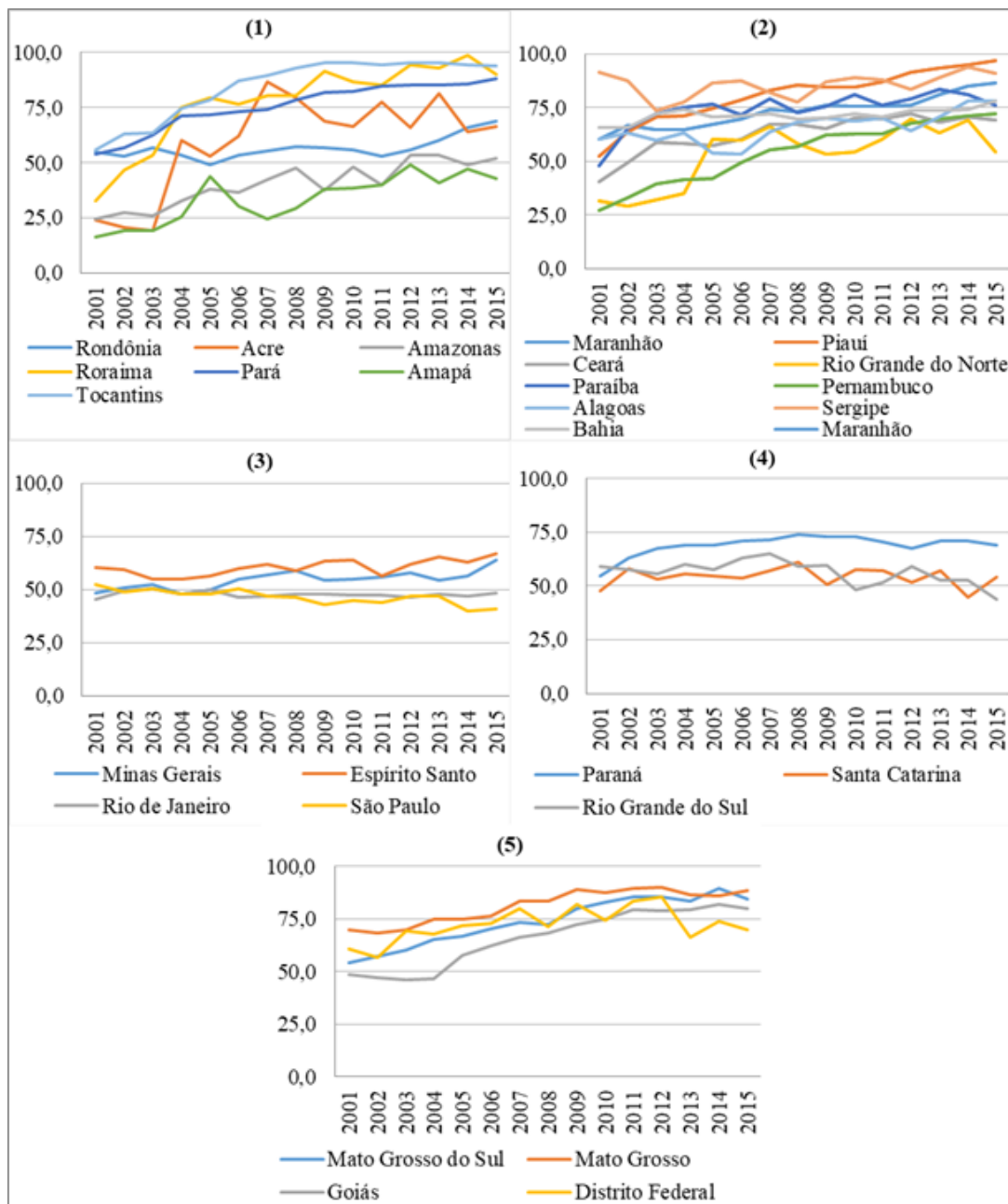
Região	Estados	%	IC 95%	<i>p</i> -valor	Tendência
Norte	Rondônia	1,45	(0,36;2,55)	0,036	Crescente
	Amazonas	5,49	(4,26;6,73)	<0,001	Crescente
	Roraima	6,88	(3,24;10,64)	0,005	Crescente
	Pará	3,51	(2,31;4,73)	<0,001	Crescente
	Amapá	7,09	(4,60;9,65)	<0,001	Crescente
	Tocantins	3,78	(1,77;5,82)	0,005	Crescente
Nordeste	Maranhão	2,28	(1,95;2,61)	<0,001	Crescente
	Piauí	3,91	(2,82;5,00)	<0,001	Crescente
	Ceará	3,27	(1,88;4,68)	0,001	Crescente
	Rio Grande do Norte	4,72	(1,18;8,38)	0,035	Crescente
	Paraíba	2,17	(0,91;3,45)	0,010	Crescente
	Pernambuco	7,00	(5,06;8,98)	<0,001	Crescente
	Alagoas	1,93	(0,86;3,00)	0,007	Crescente
	Sergipe	0,58	(-0,20;1,37)	0,216	Estacionária
	Bahia	0,83	(0,39;1,29)	0,006	Crescente
Sudeste	Minas Gerais	1,45	(0,83;2,07)	0,001	Crescente
	Espírito Santo	0,92	(0,39;1,45)	0,009	Crescente
	Rio de Janeiro	-0,12	(-0,37;0,14)	0,447	Estacionária
	São Paulo	-1,38	(-1,82;-0,94)	<0,001	Decrescente
Sul	Paraná	1,33	(0,18;2,50)	0,064	Crescente
	Santa Catarina	-0,27	(-0,91;0,37)	0,466	Estacionária
	Rio Grande do Sul	-1,48	(-2,56;-0,39)	0,034	Decrescente
Centro-Oeste	Mato Grosso do Sul	3,40	(2,58;4,23)	<0,001	Crescente
	Mato Grosso	1,89	(1,11;2,68)	0,001	Crescente
	Goiás	4,12	(2,68;5,57)	<0,001	Crescente
	Distrito Federal	1,31	(0,09;2,56)	0,083	Crescente

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

GRÁFICO 2 - Evolução da proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS nas UF brasileiras - 2001 a 2015



Legendas: (1) UF da Região Norte; (2) UF da Região Nordeste; (3) UF da Região Sudeste; (4) UF da Região Sul; (5) UF da Região Centro-Oeste.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Já no Nordeste, apesar de, no geral, a região apresentar uma tendência crescente, o estado de Sergipe mostrou uma tendência estacionária para casos tratados na APS (média: 85,7%), sendo que nas demais UF da região esta tendência se manteve crescente. Dentre os estados do Nordeste, Pernambuco teve o maior incremento anual de casos tratados na APS do município de residência, seguido do Rio Grande do Norte. Contudo, tais estados também apresentaram as menores médias no período de estudo, sendo 54,2% e 53,1%, respectivamente (TABELA 2 e GRÁFICO 2).

No Sudeste, as UF de Minas Gerais (média: 54,5%) e Espírito Santo (média: 60,5%) apresentaram tendência crescente, sendo que Minas Gerais apresentou maior incremento anual de casos tratados na APS. No Rio de Janeiro (média: 47,8%) foi observado uma tendência estacionária e em São Paulo (média: 46,5%), tendência decrescente. Sendo que o estado de São Paulo apresentou proporções inferiores a 52,3% dos casos tratados na APS durante todo o período de estudo. A região Sul apresentou um cenário heterogêneo, cada UF mostrou-se de uma maneira e apenas o estado do Paraná (média: 69,0%) apresentou tendência crescente para casos tratados na APS. Santa Catarina (média: 54,4%) teve tendência estacionária e o Rio Grande do Sul (média: 56,4%) apresentou tendência decrescente. No Centro-Oeste e no Distrito Federal a tendência crescente se mostrou predominante. Na região Centro-Oeste, o estado de Goiás (média: 66,0%) teve o maior incremento anual de casos tratados na APS durante o período avaliado (TABELA 2 e GRÁFICO 2).

## **Discussão**

Os resultados deste estudo mostraram que a maioria dos estados brasileiros têm priorizado o tratamento de casos novos de hanseníase nas APS dos municípios de residência. Estes resultados podem ser efeito da extensiva política de expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e descentralização das ACH no país. No Brasil, a expansão da ESF nas últimas décadas fundamentou-se na reestruturação da APS como principal porta de entrada do SUS,





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

assegurando a longitudinalidade e coordenação do cuidado (MALTA *et al.*, 2016). Quando avaliado o impacto da ESF no controle da hanseníase, estudos mostraram que a expansão da cobertura se correlacionou a uma maior orientação da APS nas ações de controle da doença (GOMES *et al.*, 2017; VIEIRA; MARTÍNEZ-RIERA; LANA, 2020).

A descentralização das ações de controle da hanseníase é uma das estratégias para a redução da carga da doença, sobretudo em áreas endêmicas, por facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento dos novos casos (RODRIGUES; ARCÊNCIO; LANA, 2021). Uma revisão sistemática verificou que as dificuldades no acesso aos serviços de saúde, incluindo maior distância entre o serviço e a residência e a necessidade de uso de transporte coletivo para deslocamento, foram associadas ao diagnóstico tardio da hanseníase, evolução para incapacidades físicas graves e recidiva, corroborando para a importância do atendimento descentralizado no diagnóstico precoce e tratamento oportuno (LEANO *et al.*, 2019).

No cenário nacional, o país apresentou tendência crescente na proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência, contudo, a tendência deste indicador em algumas regiões geográficas brasileiras foi heterogênea. Observou-se maior frequência de UF com tendência estacionária ou decrescente nas regiões de baixa endemia. A expansão da cobertura da ESF no país teve ritmos diferentes entre as regiões, com diferenças significativas no acesso e oferta de cuidados nos serviços de APS entre municípios (MALTA *et al.*, 2016), assim como o processo de descentralização não ocorreu de forma homogênea em todas as regiões (RODRIGUES; ARCÊNCIO; LANA, 2021).

Da mesma forma, a distribuição da hanseníase no território nacional também apresenta-se heterogênea, com maiores taxas de detecção de casos novos nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste (RODRIGUES *et al.*, 2020). Neste estudo, é interessante notar que as UF dessas regiões, com exceção do estado de Sergipe, tiveram tendência crescente na proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS do município de residência. Contudo, vários estados destas regiões apresentaram baixas proporções de casos novos tratados na APS, com médias



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

abaixo de 60%, sendo eles: estados do Amapá, Amazonas, Rondônia e Acre na Região Norte e Rio Grande do Norte e Pernambuco na Região Nordeste.

Nas regiões Sul e Sudeste, considerados de baixa endemicidade para a hanseníase (BRASIL, 2020; NAZARIO *et al.*, 2017; RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018), a média da proporção de casos tratados na APS foi menor que 70% em todas as UF, com uma situação ainda mais precária nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Rio de Janeiro e São Paulo. Nestes estados, menos de 60% dos casos de hanseníase foram tratados na APS e, ainda, observou-se uma tendência estacionária ou decrescente no período avaliado, indicando uma possível centralização do diagnóstico em outros níveis de atenção.

Diante de um cenário de fragilidades na descentralização das ACH e necessidade de superação dos desafios operacionais, destacamos a importância do fortalecimento das ações de controle da doença no âmbito da APS por meio da educação permanente, supervisão técnica e priorização da hanseníase nas políticas de saúde. A formação acadêmica não focada na resolução dos problemas mais prevalentes na população (DOS SANTOS *et al.*, 2019) e a rotatividade dos profissionais da APS (CAMPOS; PEREIRA JR, 2016) são alguns dos fatores que dificultam a sustentabilidade do controle da hanseníase e que mantêm a dependência dos pontos de atenção de média e alta complexidade. Apesar desses fatores, em uma perspectiva nacional, estudo recente apontou que a condição identificada como essencial para atingir o controle da doença é o aumento da oferta das ações pelos profissionais da APS (RODRIGUES; ARCÊNCIO; LANA, 2021; RODRIGUES MACHADO, 2019). Visto que a descentralização do diagnóstico da hanseníase, caracterizada pelo aumento na proporção de casos diagnosticados na APS, contribuiu para a melhora na detecção de novos casos e possibilitou ações de vigilância em saúde.

As ACH realizadas no âmbito da APS incluem ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, com foco na integralidade do cuidado ao indivíduo e sua família e considerando o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade. Dentre as



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

ações de cuidado ao indivíduo afetado pela hanseníase e seus familiares, o profissional de enfermagem desempenha importante papel ao participar integralmente da assistência. Portanto, é necessário que a equipe multiprofissional, sobretudo o enfermeiro como responsável por vários dos programas desenvolvidos na APS, atue de modo a garantir que a estrutura e a organização do serviço de saúde tenham influência positiva na situação epidemiológica da hanseníase (RIBEIRO *et al.*, 2017).

Entre as limitações deste estudo, destaca-se a utilização de dados secundários que pode acarretar em inconsistências nos indicadores estimados pela ausência de determinados campos. Como forma de minimizar um possível viés relacionado a esta limitação, os indicadores construídos foram confrontados com publicações do Ministério da Saúde, mostrando-se coerentes com os conhecimentos existentes. Outra limitação está na dificuldade em determinar se a população atendida estava presente no território da unidade, esta limitação foi minimizada pela inclusão apenas dos casos em que o município de residência era o mesmo município da unidade responsável pelo tratamento.

## Considerações finais

A maioria das regiões e estados brasileiros apresentaram tendência crescente na proporção de casos novos de hanseníase tratados na APS dos municípios de residência. Contudo, a média desta proporção é baixa em 41% dos estados e alguns deles ainda apresentam tendência estacionária ou decrescente. Estes resultados ressaltam a importância do fortalecimento e continuidade das ACH de forma descentralizada, a fim de enfrentar os desafios operacionais que dificultam o diagnóstico/tratamento oportuno e a vigilância dos contatos. A oferta de qualidade dessas ações pelos profissionais da APS é essencial para atingir o controle da doença. O enfermeiro é protagonista nessas ações de controle desenvolvidas na APS, exercendo importante papel na criação do vínculo e na integralidade e continuidade do cuidado.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Agradecimentos

Ao Núcleo de Estudos e Pesquisas em Hanseníase – NEPHANS pela participação na coleta de dados e suporte na preparação do capítulo, ao Ministério da Saúde pela disponibilidade do banco de dados e à CAPES pelo apoio financeiro por meio do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP) da Escola de Enfermagem da UFMG.

## Referências

- ANTUNES, José L. F.; CARDOSO, Maria R. A. Uso da análise de séries temporais em estudos epidemiológicos. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.24, n.3, p. 565-576, 2015.
- BARBIERI, Raquel R. *et al.* Impact of a Reference Center on Leprosy Control under a Decentralized Public Health Care Policy in Brazil. **PLoS neglected tropical diseases**, v. 10, n. 10, p. 1-11, 2016.
- BELDARRAÍN-CHAPLE, Enrique. Historical overview of leprosy control in Cuba. **MEDICC Review**, v. 19, n. 1, p. 23-30, 2017.
- BHANDARI, Jenish *et al.* **Leprosy**. 1 ed. Treasure Island: PMID: 32644733, 2020.
- BRASIL. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase com problema de saúde pública**: manual técnico-operacional. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. DCCI. **Boletim Epidemiológico de Hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
- CAMBRI, Geison; MIRA, Marcelo T. Genetic Susceptibility to Leprosy—From Classic Immune-Related Candidate Genes to Hypothesis-Free, Whole Genome Approaches. **Frontiers in Immunology**. v. 9, p.1674, 2018.
- CAMPOS, Gastão W. S. C.; PEREIRA, Nilton Jr. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2655–2663, 2016.
- DOS SANTOS, Wallace *et al.* Avaliação do Programa Mais Médicos: relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 256-268, 2019.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

GOMES, Fernanda B. F. F. *et al.* Indicadores da hanseníase no estado de Minas Gerais e sua relação com o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e a cobertura da Estratégia da Saúde da Família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, p. e-1063, 2017.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Áreas Especiais: **Cadastro de Municípios localizados na Amazônia Legal**. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonialegal.shtm?c=2> Acesso em 25 de abril de 2018.

LEANO, Heloisy A. M. *et al.* Socioeconomic factors related to leprosy: an integrative literature review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 5, p. 1405-1415, 2019.

MALTA, Deborah C. *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2016.

NAZARIO, A. P.; FERREIRA, J.; SCHULER-FACCINI, L.; FIEGENBAUM, M.; ARTIGALÁS, O.; VIANNA, F. S. L. Leprosy in Southern Brazil: a twenty-year epidemiological profile. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 50, n. 2, p. 251-255, 2017.

NIITSUMA, Eyleen N. A. *et al.* Fatores associados ao adoecimento por hanseníase em contatos: revisão sistemática e metanálise. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, p. 1-16, 2021.

RAMOS, Antônio C. V. *et al.* Spatial clustering and local risk of leprosy in São Paulo, Brazil. **PLoS Neglected Tropical Diseases**, v. 11, n. 2, p. 1-15, 2017.

RIBEIRO, Mara Dayanne Alves; et al. The nurse's view on leprosy treatment in primary health care. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 30, n. 2, p. 221-228, 2017.

RIBEIRO, M. D. A.; SILVA, J. C. A.; OLIVEIRA, S. B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 42, p. e42, 2018.

RODRIGUES MACHADO, R. N. **Descentralização das ações de controle da hanseníase nos clusters de risco do Brasil**. 2019. 93 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. 2019.

RODRIGUES, Rayssa N. *et al.* High-risk areas of leprosy in Brazil between 2001-2015. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 3, p. 1-7, 2020.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

RODRIGUES, Rayssa N.; ARCÊNCIO, Ricardo A.; LANA, Francisco C. F. Epidemiologia da hanseníase e a descentralização das ações de controle no Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, p. e-39000, 2021.

VIEIRA, Nayara F.; MARTÍNEZ-RIERA, José-Ramón; LANA, Francisco C. F. Primary care quality and its effects on leprosy monitoring indicators. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, p. e-20190038, 2020.

World Health Organization (WHO). Global leprosy (Hansen disease) update, 2019: time to step-up prevention initiatives. **Weekly epidemiological record**, n. 36, v. 95, p. 417–440, 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE PÚBLICA NO ESTADO DE PERNAMBUCO: DA GÊNESE AO RECONHECIMENTO COMO CATEGORIA PROFISSIONAL

Ericaely Larissa Lopes de Araújo<sup>1</sup>  
Débora Renata dos Santos Silva<sup>2</sup>  
Jobson Jorge da Silva<sup>3</sup>

**Resumo:** O presente estudo objetiva discutir a história do Serviço Social e sua inserção na área da saúde pública do estado de Pernambuco. Por muito tempo acreditou-se que o desenvolvimento do Serviço Social na América Latina constituiu um fácil alargamento do Serviço Social europeu, pois não existiam particularidades. No princípio, o Serviço Social latino americano, sofreu influência do Serviço Social europeu, como também, da Igreja Católica. Em 1932 foi criado no Brasil, o Centro de Estudo da Ação Social (CEAS), com a intenção de contribuir para a divulgação dos princípios da ordem social cristã e preocupado em preparar a classe trabalhadora. Nesse contexto, é na cidade do Recife que se agregam as contradições face às desigualdades causadas pelo êxodo rural. Diante desse contexto, durante o "Estado Novo", temos os primeiros espaços sócio-ocupacionais dos Assistentes Sociais, nos finais dos anos de 1930, pois a chamada "política de ação social" foi inserida na Diretoria de Reeducação e Assistência Social (DRAS). Nessa perspectiva, utilizamos a pesquisa bibliográfica de abordagem qualitativa, com o intuito de ampliar os conhecimentos e respaldar o estudo. No que se refere à relação entre Serviço Social e saúde, é válido ressaltar que utilizamos os embasamentos teóricos dos autores; Bravo (2013), Iamamoto (2006), Netto (2005) e Adilson (2020) que abordam a temática relacionada ao trabalho, assim, contribuíram como os principais referenciais deste estudo. Assim, a partir dos textos revisados apontamos a conclusão desse estudo para o relato dos resultados obtidos. A partir do exposto, a conjuntura da Escola de Serviço Social de Pernambuco, se introduziu na corrente marxista dentro do Serviço Social brasileiro, analogamente, à cronologia histórica da inserção do marxismo no que se refere ao Serviço Social de Pernambuco. Na conjuntura da década de 1930, foi criado, no Governo Vargas, o Ministério da Saúde e Educação, inicialmente. Contudo, no ano de 1953, ocorre a separação desse Ministério, sendo um único para saúde e outro para educação. Em seguida, na década de 1980, após o contexto da ditadura militar, e do Movimento da Reforma Sanitária no Brasil, que ocorreu no final da década de 70, temos o processo de redemocratização

<sup>1</sup>Graduanda em Serviço Social e Ciências Sociais, Uni São Miguel/Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil

<sup>2</sup>Especialista em Gestão em Serviço Social, Faculdade Batista de Minas Gerais, Recife, Brasil

<sup>3</sup>Mestrando em Educação, ELOA, Universidade de Pernambuco, Nazaré da Mata, Brasil, jobson.jorge@upe.br.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

e a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Na década seguinte, ocorre a publicação da Portaria nº. 586, de 5 de julho de 1947, emergindo assim a função de "auxiliar do Serviço Social do Hospital Centenário" posteriormente revogada pela Portaria nº. 190, de 31 de março de 1948, como também, a Lei Estadual nº. 427, de 31 de dezembro de 1948, objetivando criar cargos isolados para os profissionais de Serviço Social e, portanto, concretizando a formalização da categoria profissional.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Saúde; Política Pública de Saúde; Profissão; História.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

O presente estudo trata da historiografia do Serviço Social em nível nacional e mundial. Observamos, mundialmente, um período de guerra fria, avanços tecnológicos entre outros acontecimentos e no Brasil, encontramos uma política de continuidade do desenvolvimentismo de Getúlio Vargas, com o presidente Juscelino Kubitschek que traz consigo um Plano de Metas.

No estado de Pernambuco, houve crescimento nos postos de trabalhos, mudanças nos processos de racionalização e tecnificação do Serviço Social, tendo influência Norte Americana na formação profissional do Nordeste. Onde encontramos também, um Serviço Social de casos, voltado para o desatamento social.

Além disso, nesta conjuntura, há expansão do Serviço Social na saúde pública e a atenção médico-previdenciário, pois há grandes demandas entre os operários daquelas indústrias, com casos de tuberculose, entre aqueles trabalhadores, assim demandou do Serviço Social médico e do Serviço Social de Casos.

Para a realização deste trabalho foi utilizada a pesquisa bibliográfica, com foco em uma, abordagem qualitativa apresentando o objetivo de análise documental do Inventário do Serviço Social, a gênese histórica da grande área e a contextualização com o cenário histórico e político que envolveram sua elaboração.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Para tratar a temática, o estudo se estruturou em um capítulo em que foi utilizada principalmente as produções de Bravo (2006, 2012, 2013), Netto (2005) e Castro (2000). Nessa perspectiva, realizamos um breve resgate histórico da gênese do Serviço Social no contexto brasileiro.

## **Gênese do Serviço Social no Brasil e no mundo**

A partir da 1ª Revolução Industrial, no século XVIII, o Capitalismo sofre uma grande mudança mudando do Capitalismo Comercial para o Capitalismo Industrial. Essa relevante mudança fez muitas pessoas saírem do campo para a cidade devido a expansão das fábricas nos centros urbanos. Assim, as pessoas saíram do campo em busca de empregos na cidade e dessa sociedade em processo de industrialização. Esse êxodo provocou impactos significativos nas cidades, tendo em vista, a rápida chegada de novos residentes e a ausência de planejamento e organização urbana para recebê-los. Desse modo, surgem os primeiros conglomerados urbanos em espaços irregulares, formam-se os guetos e as comunidades periféricas das cidades.

Segundo Martinelli (2009), com o aumento da produtividade a concentração do capital resultou nas relações de trabalho fazendo com que se tornassem ainda mais precarizadas; a classe trabalhadora, sendo formada por mulheres, crianças e homens, sendo todos explorados no chão das fábricas, e as relações sociais fetichizadas pelo processo produtivo, agravando consideravelmente as desigualdades sociais. Diante desse contexto, a Igreja Católica se opôs ao modo como eram tratados esses trabalhadores dando início à União Católica Internacional de Serviço Social (UCISS) em 1925 em Milão, na Itália. Nessa perspectiva, Segundo Castro (2000):

[...] por ser a primeira delas, foi escolhida pela União Católica Internacional de Serviço Social, a UCISS já referida, com sede em Bruxelas, como um centro privilegiado de operações – aliás, a escola filiou-se à UCISS desde os seus primeiros anos de existência (CASTRO, 2000, p. 93).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Desde a década de 1899, durante a Iª Escola de Serviço Social na cidade de Amsterdã, observa-se a finalidade do Serviço Social e o apoio ao trabalho com os operários. Segundo Estevão (1985), o princípio do Serviço Social, como categoria profissional, se realizou no ano de 1899, na cidade de Amsterdã, onde se originou a primeira Escola de Serviço Social do mundo, sendo um marco na profissão secularizada. Nessa conjuntura nasce a Sociologia que dará suporte teórico à profissão.

No ano de 1929 foi criada a IIª Escola de Serviço Social, sendo chamada de Escola Elvira Matte de Cruchaga, tendo como fundador Miguel Cruchaga Tocornal. É relevante ressaltar que todas as escolas desse período foram influenciadas pela igreja católica, pois tinham o objetivo de formar visitadoras, que cuidavam do aspecto material como também tratavam das almas. O Serviço Social era visto como vocação, pois só atuava quem realmente tinha um perfil específico para essa vocação. Segundo Castro (2000):

A organização da Escola Elvira Matte de Cruchaga, a partir de 1929, responde a motivações diversas. Obedeceu ao interesse da Igreja em criar um centro católico ortodoxo para a formação de agentes sociais adequados às mudanças sofridas pela sociedade chilena, buscando responder aos estímulos concretos e práticos que lhe impunha a luta de classes, assim como a estratégia de continentalização da influência católica na criação de escolas de Serviço Social (CASTRO, 2000, p. 72).

Por muito tempo acreditou-se que o desenvolvimento do Serviço Social na América Latina constituiu um fácil alargamento do Serviço Social europeu, pois não havia uma particularidade. No princípio, esse Serviço Social latino americano sofreu influência do Serviço Social europeu, como também, da Igreja Católica. Em 1932 foi criado no Brasil, o Centro de Estudo da Ação Social (CEAS)<sup>4</sup> sendo este o que tinha a intenção de contribuir para a

---

<sup>4</sup> "Seu início oficial será a partir do "Curso Intensivo de Formação Social para Moças" promovido pelas Cónegas de Santo Agostinho, para o qual fora convidada MIIe. Adèle Loneaux da Escola Católica de Serviço Social de Bruxelas. Ao encerrar-se o curso, será feito um apelo para a organização de uma ação social visando atender o bem-estar da sociedade". (IAMAMOTO, 2006, p. 169)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

divulgação dos princípios da ordem social cristã, com a preocupação de preparar a classe trabalhadora.

“O Centro de Estudos e Ação Social de São Paulo (CEAS), considerado como manifestação original do serviço social no Brasil, surge em 1932 com o incentivo e sob o controle da hierarquia. Aparece como condensação da necessidade sentida por setores da Ação Social e Ação Católica especialmente da primeira de tornar mais efetiva e dar maior rendimento às iniciativas e obras promovidas pela filantropia das classes dominantes paulistas sob patrocínio da igreja e de dinamizar a mobilização do laicado” (IMAMOTO, 2006, p. 168)

Em 1936, surge a primeira Escola de Serviço Social no Brasil, em São Paulo. O Serviço Social surge na década de 30 e sofre influência da Igreja Católica. Nessa conjuntura, o país vivia no período do governo Getúlio Vargas, período em que houve grandes implementações de indústrias no país. Porém, as condições de trabalho para os trabalhadores não eram boas, e assim fazendo expandir mais ainda as expressões das desigualdades. Segundo Bravo (2013):

“É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 1930 que ocorre a implementação do Serviço Social no Brasil. Neste momento, a “questão social” assume nova qualificação, necessitando ser enfrentada politicamente pelo Estado, pela Igreja e por diversas frações da classe dominante”. (BRAVO, 2013 p. 152)

Segundo Bravo (2013), o Serviço Social se constitui como uma resposta a um modo estratégico das classes dominantes, vinculado à Igreja Católica, no qual tinha como objetivo impedir a expansão de movimentos marxistas, oriundos da classe trabalhadora. Este projeto pautava-se no chamado “catolicismo social”, que tinha surgido na Europa no final do século XIX, e assim previa a definição de outras doutrinas e outros métodos que tinham influência nos fundamentos cristãos na luta contra o liberalismo e o socialismo.

Em 1931, no dia 15 de maio, foi escrita a Encíclica Quadragésimo Ano, que foi escrita na vigência do Papa Pio XX. Objetiva a restauração e a reorganização da ordem social em conformidade com a Lei Evangélica, no 40º aniversário da Encíclica de Leão XIII, *Rerum*



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

*Novarum*<sup>5</sup>. Essas encíclicas tiveram um papel fundamental no Serviço Social Brasileiro no seu início, pois vale ressaltar que, o Serviço Social brasileiro tem um grande vínculo com a Igreja Católica na década de 30. Assim vale destacar que as encíclicas vieram para tentar restaurar a hegemonia ideológica da Igreja Católica.

Já a Encíclica *Quadragesimo anno*, foi escrita no ano de 1931, pelo Papa Pio XI, tinha como objetivo tratar da questão social, com ênfase em uma renovação moral da sociedade juntamente com a ação social da Igreja. Um ponto principal desta encíclica é que ela vem atualizar o que a *Rerum Novarum* tinha defendido tempos atrás.

Em 1936, temos a primeira Escola de Serviço Social, que sofreu grande influência da Igreja e da filosofia do Neotomismo, que veio para atualizar a filosofia de Santo Tomás de Aquino, que era conhecida como Tomismo. Segundo Aguiar (2011), o tomismo é:

“Filosofia expressa por Santo Tomás de Aquino, no século XIII, que vigorou por muito tempo, sendo praticamente esquecida no século XVIII. Os principais pontos tratados pelo filósofo foram: “a relação entre Deus e o mundo, fé e ciência, teologia e filosofia, conhecimento e realidade”. O tomismo tinha como pressupostos: Deus, a pessoa humana e o bem comum. A racionalidade e a inteligência levam à dignidade e à perfeição da pessoa humana, e isto faz com que ela chegue até Deus. Essa racionalidade também leva o homem a um nível de desenvolvimento, que o leva a se tornar um ser social. Este ser necessita viver em sociedade e buscar o bem comum, fazer com que os benefícios sejam distribuídos a todos, garantindo o bem estar da sociedade”. (AGUIAR, 2011, p. 59)

Em 1937, foi fundada a segunda Escola de Serviço Social no Brasil, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Segundo Bravo, (2013) a formação técnica especializada para a prática da

---

<sup>5</sup>*Rerum Novarum*: Foi escrita na vigência do Papa Leão XIII em 1891, essa encíclica tinha como um dos objetivos dar início ao magistério social da Igreja em uma conjuntura de busca de restauração de seu papel social na sociedade; outro ponto que merece destaque é que esta encíclica procurou analisar os problemas que estavam sendo enfrentados pelos trabalhadores e procurar a resolução dos problemas.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

assistência emergiu das iniciativas variadas, o que teve como marco principal a possibilidade de várias escolas, em um período curto.

Ao longo da década de 1940, emerge um curso com um objetivo de preparação em Trabalho Social e a partir daí se origina à Escola de Serviço Social da Universidade do Brasil e se inicia a primeira iniciativa direta do Governo Federal para a formação de Assistentes Sociais, no entanto, é importante destacar que esse avanço foi parado pelo contexto que os países estavam vivenciando que era a Segunda Guerra Mundial.

Outro ponto importante, na década de 40, que também se destacou foi o surgimento de várias escolas de Serviço Social nas capitais de cada Estado, influenciadas pela Igreja e pelas duas escolas anteriores já criadas. Segundo Carmelita Yasbek (2009) as escolas da década de 40 sofreram influência do conservadorismo católico, como também, tiveram influência do Serviço Social norte-americano e pela teoria social positivista. Nesta década também, segundo Yasbek (2009), o Serviço Social assume uma posição na execução de políticas sociais que são solicitadas pelo Estado.

Na década de 50 temos uma nova conquista, pois surge a oportunidade de Assistentes Sociais estudarem na América do Norte, e após voltarem para o Brasil, trazem a influência do Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade. O Serviço Social de Caso foi a primeira experiência, no Brasil, e foi ensinado pela ideologia cristã.

Em primeiro lugar, na perspectiva sociológica e logo após, psicológica. Outro ponto importante é que esse Serviço Social sofre grande influência da filosofia tomista, pois era voltado ao bem comum e os Assistentes Sociais, tinha como objetivo ajustar os clientes ao meio social, em segundo lugar, o Serviço Social de Grupo que também se destaca por ser influenciado pelo neotomismo e vem com as convicções relacionadas aos princípios da Justiça e da caridade, o que já vinha sendo constante nas ações que os católicos praticavam e em terceiro lugar o Serviço Social de Comunidade trabalha na perspectiva de esforços individuais e do de grupos de uma comunidade, assim resultando em um bem-estar e progresso dos próprios indivíduos.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Nesta conjuntura, vale ressaltar que o maior desafio era o reconhecimento da profissão, como também, da exclusividade. Assim, podemos afirmar que o Serviço Social brasileiro teve grande base europeia e norte-americana. Diante das transformações na área econômica e social no final da década de 50, demandaram que o Serviço Social tivesse outros meios de mediação para atenderem às expressões da questão social, pois, as práticas anteriores já não davam conta de “solucionar” os problemas vigentes.

Na década de 60, o Sistema Capitalista passa por transformações, sendo um desses problemas a crise, o que gerou um período de recessão. Logo, o Serviço Social não aceitava o processo de acumulação e expansão capitalista. Assim, há um levantamento de questionamentos de um pequeno grupo de profissionais, pois começam a criticar a realidade e buscam uma ruptura com a ordem atualmente vigente. Desse modo, surgem algumas ideias para que se tenha uma transformação na estrutura da sociedade, e o Serviço Social vem se “aproximando” da classe trabalhadora, porém, essa aproximação é interrompida, pois foi instaurada a Ditadura Militar<sup>6</sup> no ano de 1964 até o ano de 1985. Segundo Bravo (2013):

Na década de 1960, o Serviço Social ainda estava diretamente sob influência da Igreja Católica e, neste período, setores da Ação Católica abandonam a perspectiva desenvolvimentista adotando a postura revolucionária, nacional e anti-imperialista. (BRAVO, 2013, p. 166)

Não só no Brasil, mas também na América Latina, era possível perceber esses questionamentos, sobre as práticas profissionais do Serviço Social. Entretanto, a partir desses questionamentos, começa-se um movimento que tinha como objetivo reconfigurar as bases técnicas, teóricas e políticas, em 1965, na América Latina estavam iniciando os movimentos por mudanças, já no Brasil, como mencionado, foi interrompido pelo Golpe Militar e só nos

<sup>6</sup> [...] no início da década de 1960 alguns profissionais de Serviço Social começaram a questionar a posição conservadora assumida maritalmente pelos assistentes sociais, voltada para a manutenção do status quo. (Bravo, 2013, p.165-166)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

anos seguintes nota-se o retorno desse movimento que ficou conhecido como Movimento de Reconceituação. Segundo Netto (2007), no Brasil, não tivemos o Movimento de Reconceituação, mas sim o Movimento de Renovação e suas três tendências do Movimento de Renovação: A Perspectiva Modernizadora, Reatualização do Conservadorismo e a Intenção de Ruptura. Segundo Netto (2005):

No que toca à distribuição diacrônica da elaboração profissional, nosso exame sugere um cenário em que se registram três momentos privilegiados de condensação da reflexão: o primeiro cobre a segunda metade dos anos sessenta, o segundo é constatável um decênio depois e o terceiro se localiza na abertura dos anos oitenta. (NETTO, 2005, pág.152)

A Perspectiva Modernizadora: é a primeira perspectiva do movimento de renovação do Serviço social no Brasil e vai ganhando poder com a crise do tradicionalismo, segundo Netto (2005) ressalta [...] uma perspectiva modernizadora para os profissionais, um esforço no sentido de adequar o Serviço Social, enquanto um instrumento de intervenção inserido no artesanal de técnicas sociais a ser operacionalizado no marco de estratégias de desenvolvimento capitalista, às exigências postas pelos processos sócio-políticos emergentes no pós-64.

Trata-se de uma linha de desenvolvimento profissional, que se encontra no auge da sua formulação exatamente na segunda metade dos anos 60. Seus grandes monumentos, são os textos dos seminários de Araxá (1967) e Teresópolis (1970), que revelaram um eixo de extrema densidade no desenvolver da reflexão profissional [...] outro ponto que vale destacar sobre esta vertente é que ele é influenciado pela teoria funcionalista/positivista.

Na Reatualização do Conservadorismo destaca-se uma vertente que se manifesta no interior da complexa dialética de ruptura e continuidade com o passado, pois ele critica a vertente anterior, porém não vai buscar na essência os problemas que aconteciam na perspectiva modernizadora. De acordo com Netto (2005), trata-se de uma vertente que recupera os componentes mais estratificados da herança histórica e conservadora da profissão, nos





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

domínios da (auto) representação e da prática, e os repõe sobre uma base teórico-metodológica que se reclama nova, repudiando, simultaneamente, os padrões mais nitidamente vinculados à tradição positivista e às referências conectadas ao pensamento crítico-dialético, de raiz marxista. Netto (2005), ainda ressalta que esta vertente busca aperfeiçoar práticas antigas profissionais, de acordo com as novas exigências do perfil profissional, focando na subjetividade psicossocial. Destacam-se os seminários de Sumaré e Alto da Boa Vista.

Na Intenção de Ruptura temos a terceira vertente, que busca romper totalmente com o Serviço Social tradicional. Segundo afirma Netto (2005, pág. 159), ao contrário das anteriores, esta possui como substrato nuclear uma crítica sistemática ao desempenho "tradicional" e aos seus suportes teóricos, metodológicos e ideológicos. Outro ponto que vale abordar nesta perspectiva é que sua imersão é baseada principalmente no método de Belo Horizonte, que teve sua gênese na Escola de Serviço Social da Universidade Católica de Minas Gerais, onde estudantes tinham o objetivo de dar uma nova visão ao Serviço Social. No entanto, a perspectiva de Intenção de Ruptura ganhou força com a obra de Marilda Iamamoto e Raul de Carvalho (Relações sociais e Serviço Social no Brasil) a qual se destaca por ter um diálogo com a perspectiva crítica marxista que defende uma apreensão da realidade na sua concretude, de forma processual e contraditória, com fundamentos no que se refere às determinações históricas, políticas, sociais e econômicas. O Serviço Social ao ter uma ligação com a perspectiva crítica resulta em um profissional com mais competências teóricas, políticas e operacionais, atuando de forma crítica da conjuntura posta, pois é necessário que a teoria esteja em contato com o real e assim tenha um processo dinâmico.

Na década de 80 no Serviço Social temos o código de ética de 1986, que é o primeiro a romper com o conservadorismo e com a neutralidade, foi o primeiro código a romper com o conservadorismo, pois se inicia um caráter crítico, não alinhado à perspectiva marxista. Este código vem tratando do que era denominado de cliente, passa a ser considerado agora como usuário, agora também temos uma negação da perspectiva a-histórica. Este código de ética



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

resultou em muitas conquistas e avanços para o curso do Serviço Social, pois se afasta da base filosófica tradicional, da neutralidade e vem afirmar seu compromisso com as classes subalternas.

Na década de 90, podemos mencionar que se destaca por ser um período do processo de redemocratização do país, logo mais com a Constituição Federal de 1988, que se construiu por meio de lutas e de movimentos, como as “Diretas já”, em que a sociedade brasileira se organizou para lutar por seus direitos e voltar à democracia, ou seja, a constituição consolidou a transição de um regime autoritário para um democrático e por meio dela reestabeleceu a inviolabilidade de direitos e liberdades básicas, como também a criminalização do racismo, proibição à tortura, saúde entre outros direitos sociais.

E nos anos de 1990, temos uma atualização do código de ética que será o de 1993, as diretrizes curriculares e a lei que regulamenta a profissão, até os dias atuais, baseado numa teoria marxista e voltado para a classe trabalhadora. O código de ética de 1993, é considerado uma revisão do código de 86, assim como, uma reforma ortográfica da língua portuguesa ao código de ética, houve a numeração de forma sequencial dos princípios e há reconhecimento no âmbito da linguagem de gênero, de forma que o conceito masculino e feminino são abordados no decorrer do código, ainda vale destacar que o código de 93, menciona o posicionamento político do Serviço Social, numa teoria crítica, baseado na perspectiva marxista, onde defende a igualdade, a liberdade, a democracia, a eliminação de toda forma de preconceito, o compromisso com a classe trabalhadora, o compromisso com a qualidade dos serviços prestados, articulação com os movimentos sociais, a luta pela igualdade, um projeto profissional vinculado ao processo de uma nova ordem societária entre outros direitos.

No que se refere às Diretrizes Curriculares do Serviço Social, ressalta o perfil do profissional com um arcabouço teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade, uma busca pela essência do problema, saindo do imediatismo, do cotidiano e indo além da aparência. Assim, a Lei que



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Regulamenta a Profissão, ou seja, a Lei 8.662/1993 contribui para que o profissional tenha uma melhor compreensão das competências, as atribuições, além de visar à ampliação da capacidade interventiva das/dos assistentes sociais, mesmo em uma conjuntura que não contribui para os princípios e os valores do Serviço Social.

## **Considerações finais**

O presente estudo objetivou resgatar a gênese do Serviço Social em contexto mundial como também, no Brasil, particularmente, no estado de Pernambuco, além disso, o trabalho objetivou trazer a discussão da inserção do Serviço Social no âmbito da saúde, por meio de autores que abordam o tema.

Diante das análises dos documentos da década de 50 e dos autores mencionados no decorrer do estudo, tivemos como objetivo apresentar as mudanças e conquistas da profissão desde sua gênese, pois como foi destacada a profissão tinha em sua base um código de ética conservador e após a década de 80, houve a ruptura desse conservadorismo, e passou a fundamentar-se em uma perspectiva crítico-dialética-Marxista.

Foi por meio destas análises que conseguimos fazer a leitura dessa transformação do Serviço Social, pois os relatos mostraram como se davam as atuações daqueles profissionais em determinada conjuntura. A seguir abordaremos algumas considerações e aspectos relacionados ao contexto destacado.

Primeiramente é válido mencionar a importância da atuação do Serviço Social de forma interdisciplinar, no âmbito da saúde, fica claro que todos os profissionais têm seu papel fundamental para a recuperação do usuário e que por meio da união dessa equipe, temos resultados melhores sobre a recuperação do indivíduo, como a garantia de seus direitos assegurados. Contudo, sabemos que neste espaço sócio-ocupacional ainda existem também desafios para o Serviço Social, como exemplos: a reforma privatista e a visão equivocada sobre



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

a atuação do assistente social, sendo assim, atribuídas muitas vezes demandas que não são de sua competência.

Diante do trabalho, apresentamos sugestões com o intuito de somar para a resolução das problemáticas mencionadas, assim como, destacar a necessidade de discussões dentro do âmbito institucional, como projetos, mesas redondas e produção de material acadêmico.

No que se refere à questão das demandas sem ser atribuições do Serviço Social, é fundamental a resistência, pois ao refletir sobre esta problemática, fica clara a necessidade de um profissional com arcabouço teórico fundamentado no Código de Ética de 93, nas Diretrizes Curriculares, na lei que regulamenta a profissão e nos parâmetros do Serviço Social na saúde, pois é por meio desses documentos que o assistente social vai ter um posicionamento sobre suas atribuições e o que não lhe compete como demanda, além disso, faz-se necessário que o usuário seja informado sobre o papel do assistente social e por meio de ações pedagógicas como visitas ao âmbito hospitalar, às enfermarias e nas salas de internação, onde o profissional abordará de forma clara e objetiva a sua função dentro daquela instituição e quais os direitos que aqueles usuários têm dentro daquele espaço e segundo as normas estabelecidas.

Por fim, é importante também, que seja realizada reunião cotidiana com os demais profissionais daquele espaço sócio-ocupacional, além de, serem debatidas as atuações, as dificuldades e as limitações da equipe multiprofissional.

## Referências

AGUIAR, Antônio Geraldo de. **Serviço social e filosofia: das origens a Araxá**/Antônio Geraldo de Aguiar. São Paulo: Cortez, 2011.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. São Paulo: Cortez, 2013.

CASTRO, Marina Monteiro de Castro E. **Formação em saúde e serviço social: as residências em questão**. Porto Alegre: Textos & Contextos, 2000.

ESTEVÃO, Ana Maria Ramos. **O que é serviço social?** São Paulo: Brasiliense, 1985.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil:** esboço de uma interpretação histórico-metodológica. Cortez Editora, 2006.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **Serviço Social:** identidade e alienação. São Paulo, Cortez: 2009.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx.** São Paulo: Expressão Popular, 2005.

YASBEK, Maria Carmelita. **Os fundamentos históricos e teóricos-metodológicos do Serviço Social brasileiro na contemporaneidade.** Brasília, CFESS/CEAD/UNB, 2009.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## DIMENSÕES DE AVALIAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME

Madlene de Oliveira Souza<sup>1</sup>  
Evanilda Souza de Santana Carvalho<sup>2</sup>  
Silvone Santa Bárbara da Silva<sup>3</sup>

**Resumo:** Em 2005 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF). Entretanto, há desafios para a sua efetivação, o que torna imprescindível a avaliação como instrumento da gestão dessa política, reconhecendo as dimensões, definindo indicadores e parâmetros. Este trabalho tem como objetivo descrever as dimensões da PNAIPDF. Trata-se de um recorte do estudo de avaliabilidade da PNAIPDF com delineamento descritivo e exploratório. O estudo foi realizado na Bahia, por meio de análise documental e entrevistas semiestruturadas com pessoas-chave representadas por três gestores, um pesquisador, um membro de organização social e um representante do conselho estadual da saúde da Bahia, no período de agosto de 2019 a junho de 2020. Pode-se verificar que a PNAIPDF atende três dimensões distintas, porém, indissociáveis. Cada uma das dimensões, no nosso estudo, foi constituída por variáveis, e, o conjunto delas, quando implantadas de forma efetiva, apresentam o alcance dos resultados esperados da política. Assim, a dimensão de acesso às ações e serviços, abrange a triagem neonatal, integração na rede assistencial, atendimento multidisciplinar, acesso à informação e acesso aos medicamentos. A dimensão de gestão, contempla aspectos relacionados ao cadastro e vigilância, articulação intersetorial, educação permanente, controle social, planejamento em saúde, recursos financeiros, instância de promoção da equidade. E na dimensão de ensino e pesquisa destaca os aspectos que envolvem os editais de fomento à pesquisa sobre o tema e componentes curriculares nos cursos de saúde que tratam da temática. Estas três dimensões após identificadas foram pactuadas com as partes interessadas do estudo direcionando para a construção do modelo lógico. Destarte, diante da complexidade da PNAIPDF, cabe ressaltar que realizar um recorte por dimensão torna possível o processo avaliativo utilizando-se a

<sup>1</sup> Mestra em Saúde Coletiva, Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, Brasil.

<sup>2</sup> Doutora em Enfermagem, Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, Brasil

<sup>3</sup> Doutora em Enfermagem, Núcleo de Pesquisa sobre Corpo, Gênero, Representações e Práticas do Cuidado, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana – BA, Brasil, e-mail: evasscarvalho@uefs.br.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

abordagem quantitativa e qualitativa. Ademais, as dimensões corroboram de maneira importante para a ampliar as possibilidades metodológicas, de forma a subsidiar os gestores na tomada de decisão, nas avaliações em serviço e nas ações de implementação da política. Dessa forma, este estudo identificou possibilidades para a avaliação da PNAIPDF representando uma importante tecnologia que poderá identificar as disparidades étnico-raciais e o compromisso público na garantia da atenção à saúde das pessoas com doença falciforme.

**Palavras-chave:** Doença Falciforme; Políticas de Saúde; Avaliação em Saúde; Gestão em Saúde; Sistema Único de Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

No Brasil, 3,7% da população adulta brasileira apresenta algum tipo de hemoglobinopatia, sendo mais frequente o traço falciforme com 2,9% e prevalência nas pessoas pretas e pardas (ROSENFELD *et al.*, 2019). Em relação a doença falciforme, estima-se 25.000 a 30.000 pessoas com a doença e predomínio nas regiões norte e nordeste do país, 6% e 10% respectivamente (CANÇADO; JESUS, 2007).

Em 2005, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF) com diretrizes que aborda a assistência, estímulo à pesquisa, promoção da saúde, educação permanente, acesso a medicamentos, acesso à informação, aconselhamento genético e assistência multidisciplinar (BRASIL, 2005).

Esta política constitui um instrumento de apoio aos estados e municípios na implementação de ações para organização da linha de cuidado e inclusão dessa temática nas Redes de Atenção à Saúde (BRASIL, 2015). Entretanto, há desafios na sua efetivação, desde a ruptura da invisibilidade social à universalidade do acesso, o que torna imprescindível a utilização de indicadores de desempenho, monitoramento e avaliação da política para o seu desenvolvimento (SOUZA; ARAÚJO; SANTA BÁRBARA, 2017).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A avaliação em saúde proporciona maior resolutividade aos serviços, programas e sistemas de saúde além de identificar elementos que auxiliem o uso de novas estratégias e tomada de decisão (HARTZ; SILVA, 2005).

Até o momento, conforme levantamento realizado no período de outubro de 2020 na Biblioteca Virtual em Saúde e a busca na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações, se identificou dois estudos que avaliaram a política voltada às pessoas com DF em seus estados. Albrecht (2017, p.18), "analisou como a equidade, um dos três princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde, foi inserida na Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias do Rio Grande do Sul". O outro estudo, Máximo (2009, p.2), "avaliou a Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme no estado do Rio de Janeiro com foco na descentralização dos pacientes diagnosticados pela triagem neonatal".

Diante deste levantamento, é possível identificar a ausência de avaliação da implantação da PNAIPDF no estado da Bahia, o que sinaliza para a importância em aferir em que medida esta política permite a realização de avaliações futuras. Deste modo, o presente trabalho teve como objetivo descrever as dimensões da PNAIPDF.

## **Método**

Trata-se de um recorte do estudo de avaliabilidade da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (PNAIPDF) com delineamento descritivo e exploratório, realizada no período de agosto de 2019 a junho de 2020. Esta abordagem metodológica possibilita identificar as necessidades e análise de um programa ou política como uma parte prévia da avaliação (BEZERRA *et al.*, 2012; LEVITON *et al.*, 2010; VIEIRA-DA-SILVA, 2014).

O local de estudo foi o estado da Bahia, porque apresenta a maior incidência de nascidos vivos com doença falciforme (1:627) e traço falciforme (1:17) do país (FIGUEIREDO, 2016).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Na coleta de dados, utilizou-se a análise documental da PNAIPDF (Portaria nº 1.391/2005) e das legislações que contribuem para a implantação da mesma no estado da Bahia, a saber: Portaria conjunta nº 05/2018, Plano Estadual de Saúde da Bahia 2016-2019, Portaria nº 1.290/2017, Portaria nº 344/2017, Portaria nº 14.720/2013, Diretrizes básicas para a linha de cuidado da doença falciforme/2015. Para a análise, seguiu um instrumento adaptado de Guerreiro, *et al.* (2014) e Santos (2006).

Em seguida, foi realizada entrevistas semi-estruturadas com seis pessoas-chave das seguintes instituições: membro da Associação Baiana das Pessoas com Doença Falciforme da Bahia, gestor do hemocentro estadual, pesquisador de universidade pública da Bahia que desenvolve estudos no âmbito da doença falciforme, gestor da Secretaria Estadual de Saúde, gestor do Comitê Técnico Estadual de Saúde da População Negra e conselheiro estadual de saúde representante de usuário. Após as anuências, foi agendado com as pessoas-chave entrevistas individualizadas e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram gravadas, transcritas e realizadas a análise de conteúdo conforme Bardin (2011).

Após estes momentos, foi construído o modelo lógico que constitui um componente essencial nos estudos de avaliabilidade, caracterizado por meio de um esquema visual do funcionamento da Política (GUERRERO, *et al.*, 2014, VIEIRA-DA-SILVA, 2014). Diante à complexidade da PNAIPDF, adotou-se a proposta de Silva e Santos (2017), que consideraram três dimensões de análise para o modelo lógico da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, a saber: acesso às ações e serviços de saúde, gestão e ensino e pesquisa.

Estas três dimensões após identificadas foram pactuadas com as partes interessadas do estudo e configuraram como linha de base para a elaboração de instrumento avaliativo da PNAIPDF, direcionando na construção do modelo lógico.

Para cada dimensão foram construídas variáveis e apresentado os resultados esperados da PNAIPDF, sendo estes dois aspectos obtidos pela análise documental e pelas entrevistas. Já



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

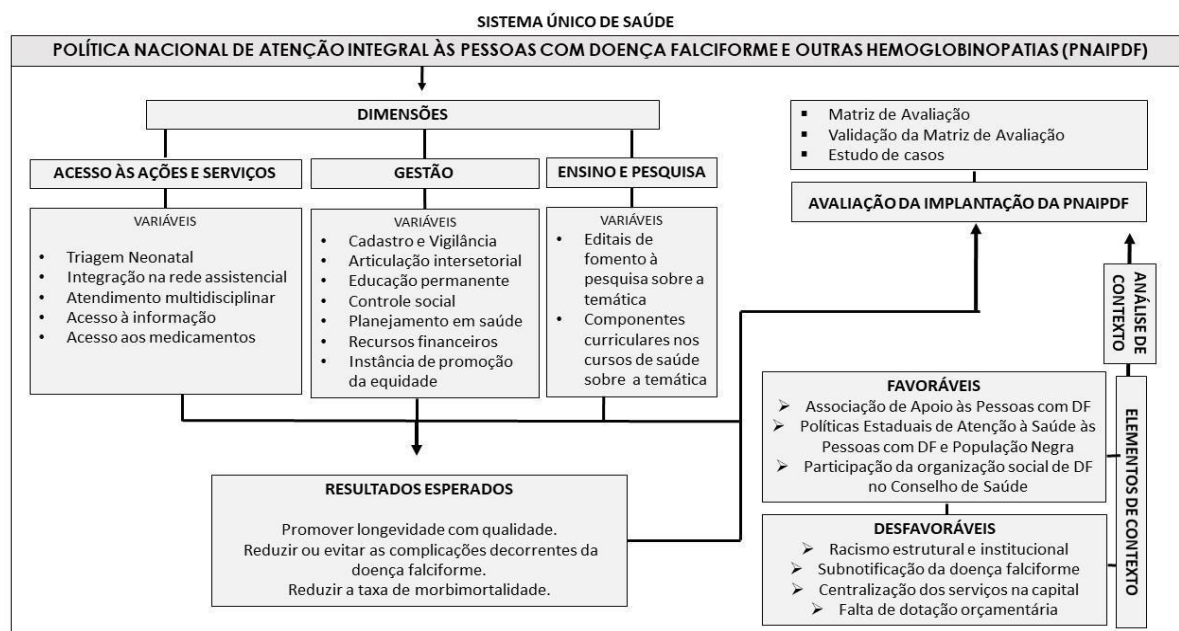
18 e 19 de junho de 2021

os elementos de contexto foram identificados pela análise das entrevistas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana-Bahia, sob o parecer nº 3.384.510.

## Resultados e discussão

O modelo lógico estruturou-se a partir da legislação que estabeleceu a PNAIPDF, mediante o Sistema Único de Saúde que traz em seus princípios a universalização, equidade e integralidade. Em seguida, a PNAIPDF foi organizada em três dimensões: acesso às ações e serviços de saúde, gestão e ensino e pesquisa, no qual, será dado maior foco contemplando o objetivo deste trabalho. Utilizou-se traços para referir conexão entre os elementos e setas para indicar o direcionamento dos mesmos (Figura 1).

Figura 1 – Modelo lógico da Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, Bahia, 2020.



Fonte: Elaborado pela autora.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Dimensão de Acesso às ações e serviços de saúde

Nesta dimensão, as variáveis reafirmam a garantia dos direitos sociais das pessoas com doença falciforme (DF) em todos os níveis de assistência (SOUZA; ARAÚJO; SANTA BÁRBARA, 2017). É apontado pelos participantes o avanço da política, por exemplo, sobre a triagem neonatal e o acesso à medicamentos pelo SUS, como pode-se observar nas falas: “Eu acho que a triagem está legal, porque todo mundo já faz agora”. (Pesquisador); “Já é determinado pela política nacional que os serviços que fazem o teste do pezinho devem prestar o atendimento inicial”. (Gestor 1); “A questão dos medicamentos a gente conseguiu avançar. Hoje a questão do ácido fólico, a questão do PV oral, são distribuídos nas Redes de Atenção. A hidroxiuréia que é um medicamento de alto custo” (Conselheiro).

Na Bahia, a triagem neonatal para DF é realizada desde o ano 2000 pela Associação de Pais e Amigos Excepcionais de Salvador (APAE), com convênio da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia. Em 2003, o estado tinha uma cobertura de 94,5% dos municípios com o serviço, tendo o diagnóstico de 71,52% dos nascidos vivos. (ALMEIDA *et al.*, 2006). Somente em 2013, o programa de triagem neonatal consegue universalizar em todos os estados brasileiros, mas ainda alcança a cobertura nacional de 83,98% no período de 2017 (BRASIL, 2019).

Apesar dos avanços, o diagnóstico por vezes, é passado em forma de impacto aos pais e cuidadores, tornando o momento ainda mais complicado conforme é representada no depoimento que se segue:

“Foi um choque bem difícil né. E assim, até porque o diagnóstico não foi dado de forma esclarecedora, o diagnóstico foi dado de forma de impacto. [...] A linguagem não é acessível para este público que é mais carente, entendeu? As informações não são esclarecidas. Então assim, para uma pessoa ter acesso à informação, tem que ser uma pessoa de alto esclarecimento. (Pesquisador)



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Neste momento é esperado que aconteça o acolhimento e orientação adequada à família. Sabe-se que o diagnóstico precoce e a implementação de medidas preventivas na Atenção Básica como foi adotada no Brasil tem aumentado a sobrevivência de crianças com DF (AYGUN; ODAME, 2012). Este dado corrobora com Streetly, *et al.* (2018), onde mostra que houve redução da mortalidade em crianças com DF inferior a 5 anos na Inglaterra e evidenciou que de 1.317 crianças com DF, 80% estavam matriculadas em atendimento especializado aos 3 meses de idade e 97% atendidas aos 6 meses de idade.

No Brasil, a PNAIPDF faz parte do Sistema Único de Saúde que garante a integralidade da atenção. Deste modo, faz-se necessário reforçar os meios que permitam integrar as pessoas com DF da rede assistencial, para que assim alcance o acesso do atendimento multidisciplinar, a medicamentos e principalmente, o acesso à informação. Nota-se nas falas: “Isso eu reforço dentro da política, [...] inserindo no processo terapêutico, a transfusão sanguínea, se você não estiver no Hemoba você passa batido entendeu?” (Pesquisador); “Se você perguntar às pessoas com a doença falciforme, a maioria vai demonstrar resistência aos serviços de emergência. Inclusive é um nó, acho que é o nó que mais mata. E quando a gente parte para regulação, nem vou falar disso”. (Associação)

Desta forma, a elaboração de meios que auxiliem os serviços de saúde para uma assistência que visa a prevenção e ampliação dos cuidados na atenção, como protocolos para eventos agudos às pessoas com DF nas unidades de emergência, podem fazer diferença significativa no atendimento e na morbimortalidade das pessoas com este agravo. Somado a isso, é importante destacar a dificuldade na comunicação entre as pessoas com DF e os profissionais de saúde sobre a extensão de sua dor, e contam dessa forma, com o apoio de familiares e cuidadores para falar por eles nos serviços de emergência (FROST, *et al.*, 2016).

Vale ressaltar que esta população em sua maioria é dependente do serviço público para o acesso ao tratamento de sua saúde (LAGES, *et al.*, 2017). No estado da Bahia, no período entre 2008 a 2014, observou-se 8.103 internações pela DF registradas no Sistema de Internações



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Hospitalares (SIH) do SUS, principalmente na faixa etária de 5-14 anos (34%), seguida de crianças de 1-4 anos de idade (20,3%) (MARTINS; TEIXEIRA, 2017).

## Dimensão da gestão

As variáveis desta dimensão também se apoiam na PNAIPDF:

“A criação de um cadastro nacional de pessoas com doença falciforme e outras hemoglobinopatias; articulação das demais ações que extrapolam a competência da Hemorrede; instituição de uma política de capacitação de todos os atores envolvidos que promovam a educação permanente”. (BRASIL, 2005, p.01)

E nas falas dos participantes também se referem ao âmbito da gestão: “A gente tem esta dificuldade ainda de dados epidemiológicos porque o nosso sistema ainda não é devidamente informatizado. Então toda vez que a gente precisa de um dado maior precisa fazer uma busca manual”. (Gestor 1); “Quantas pessoas com a doença falciforme a Bahia conseguiu mapear? Eles não conseguem não. Isto é assustador. A gente não está dizendo de uma doença que descobriu ontem”. (Associação)

A falta de um cadastro nacional e um sistema informatizado no estado da Bahia sobre as pessoas com DF dificulta a atualização dos dados epidemiológicos, e, por conseguinte, contribui na invisibilidade da DF. Conforme Máximo (2009), os sistemas de informação quando atualizados e disponibilizados com diferentes níveis de acesso, permitem que as informações estejam ao alcance do controle social, do conhecimento científico, além de subsidiar o processo de gestão, planejamento e a avaliação.

Apesar da DF constar na lista estadual de notificações compulsórias pela Portaria 1.290/2017 (BAHIA, 2017), existem barreiras para obtenção destes dados, tanto pela falta de informatização dos serviços de saúde, do compromisso dos profissionais de notificar esta informação e da própria gestão que ainda não obteve resolução para este problema. Neste sentido, cabe lembrar que a análise de dados dos sistemas de informação possibilita a gestão



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

conhecer a magnitude do problema, orientar na construção de políticas e na alocação de recursos (AYGUN; ODAME, 2012).

No caso da PNAIPDF, não foi identificado aporte de recurso financeiro destinado ao seu desenvolvimento como sinalizado na fala:

“Até agora a gente não tem dotação orçamentária específica para a população negra, nem para a doença falciforme. A gente trabalha no bojo das populações historicamente excluídas, com muito sacrifício. Mas, mesmo assim, não estamos mais no marco zero, isso é importante dizer”. (Gestor 2)

Embora não haja dotação orçamentária específica para a PNAIPDF no desenvolvimento de suas diretrizes, o estado da Bahia, verificou-se por meio das Autorizações de Internação Hospitalar do SUS, um gasto de R\$ 2.894.556,63 em internações hospitalares por anemia falciforme, entre 2008 a 2014. Quando analisado nas divisões do estado, as regiões de saúde leste e sul obtiveram o maior volume de gastos, 40,5% e 18,9%, respectivamente. (MARTINS; TEIXEIRA, 2017)

## **Dimensão da ensino e pesquisa**

A ausência da temática sobre a DF nos componentes curriculares nos cursos de formação em saúde corrobora com o desconhecimento e atenção dos profissionais de saúde sobre as doenças que mais atingem a população negra. Principalmente na Bahia que tem a maior quantidade de casos de DF no país e etnicamente é constituída por negros que representam 81,9% da população baiana (IBGE, 2019), pode-se observar: “Eu começo vendo as lacunas nos próprios cursos de formação. Tanto na medicina quanto na enfermagem”. (Pesquisador)

A invisibilidade da temática sobre DF nos cursos de saúde colabora para perpetuar a desigualdade no acesso à saúde entre os grupos raciais, sendo o racismo estrutural um desafio que necessita ser enfrentado em todas as instâncias da sociedade para o alcance do princípio de equidade. Ademais, a PNAIPDF traz em suas diretrizes: “A estimulação da pesquisa com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (BRASIL, 2005)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Recentemente, em 2019, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) lançou edital de financiamento com ênfase à doença falciforme (BAHIA, 2019). Este edital se destaca pela especificidade e visibilidade ao tema, dado que a realidade epidemiológica da população baiana para a DF se faz urgente e necessária.

## **Considerações finais**

Pode-se verificar que a PNAIPDF no Estado da Bahia apresentou condições mensuráveis para avaliações futuras conforme a compreensão descrita no modelo lógico. Cabe destacar que este instrumento poderá ser utilizado nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, considerando que os elementos expostos nas dimensões e variáveis fazem parte da competência pública e poderão ser revisados e validados à medida que novas informações forem coletadas ou modificadas no funcionamento da política em questão.

Ao destacar as dimensões de acesso às ações e serviços de saúde, gestão e ensino e pesquisa foi possível identificar que essas podem ser avaliadas separadamente, conforme o objetivo e a metodologia definida para o estudo. Também podem subsidiar os gestores na tomada de decisão, nas avaliações em serviço e nas ações de implementação da política.

Quanto às limitações do estudo, refere-se à ausência de uma segunda rodada de revisão do modelo lógico pelos participantes, além da dificuldade de acesso aos dados epidemiológicos atualizados da doença falciforme na Bahia e em âmbito nacional.

Cabe salientar que pesquisas referentes à avaliação da PNAIPDF ainda são escassas e dessa forma, este estudo representa uma contribuição em potencial para a realização de pesquisas avaliativas e também para utilização no SUS como instrumento para a gestão. Além de representar uma importante tecnologia que poderá identificar as disparidades étnico-raciais e o compromisso público na garantia da atenção à saúde das pessoas com doença falciforme.

## **Agradecimentos**





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

As autoras agradecem o apoio dos atores entrevistados e suas instituições que estão vinculados pelas valiosas informações prestadas, e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) pela bolsa destinada para a mestranda. Agradecem também ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, Bahia, e o desenvolvimento desta pesquisa pelos núcleos de pesquisa GESTIO – Núcleo de Estudos em Gestão, Políticas, Tecnologias e Segurança na Saúde e COGITARE – Núcleo de Pesquisas sobre Corpo, Gênero, Representações e Práticas do Cuidado.

## Referências

ALMEIDA, A.M. *et al.* Avaliação do Programa de Triagem Neonatal na Bahia no ano de 2003. **Rev. bras. saúde mater. infant.**, Recife, v.6, n.1, p. 85-91, 2006.

ALBRECHT, C.A.M. **O Princípio da equidade da Política Estadual de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias do Rio Grande do Sul.** 2017. 108 f. Tese. (Doutorado em Administração) - Programa de Pós Graduação de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2017.

AYGUN, B.; ODAME, I.A. Global Perspective on Sickle Cell Disease. **Pediatr Blood Cancer**, v.59, n.2, p. 386-90, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: edições 70, 2011.

BAHIA. Portaria nº 1.290 de 09 de novembro de 2017. Define e atualiza a Lista Estadual de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional. **Diário Oficial [do Estado da Bahia]**. Salvador, BA, nº 22.296, 10 nov 2017. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2019/03/2017-Portaria-n%C2%BA-1290-LNC.pdf>. Acesso em: 20 nov 2018.

BAHIA. Edital FAPESB nº 005/2019. Apoio à pesquisa científica, tecnológica e/ou de inovação em doenças e agravos prevalentes na população negra e dos povos de comunidades tradicionais, com ênfase em doença falciforme. Disponível em:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<http://www.fapesb.ba.gov.br/edital-no-0052019-doencas-e-agravos-prevalentes-na-populacao-negra-e-dos-povos-de-comunidades-tradicionais-com-enfase-em-doenca-falciforme/>. Acesso em 01 abril 2020.

BRASIL. **Doença Falciforme: Diretrizes Básicas da Linha de Cuidado**. Brasília: Ministério da Saúde, [2015]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca\\_falciforme\\_diretrizes\\_basicas\\_linha\\_cuida\\_do.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuida_do.pdf). Acesso em: 20 nov 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.391, de 16 de agosto de 2005. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391\\_16\\_08\\_2005.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1391_16_08_2005.html). Acesso em: 20 nov 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde reforça a importância do teste do pezinho entre o 3º e 5º dia de vida. Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45503-ministerio-da-saude-reforca-a-importancia-do-teste-do-pezinho-entre-o-3-e-5-dia-de-vida>. Acesso em: 18 ago 2020.

BEZERRA, L. C. A. *et al.* Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 883-900, 2012.

CANÇADO, R.D.; JESUS, J.A. A doença falciforme no Brasil. **Rev. bras. hematol. hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 203-206, 2007.

FIGUEIREDO, J.O. **Morbidade e mortalidade por doença falciforme em Salvador, Bahia**. 2016. 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

FROST, J.R., *et al.* Improving Sickle Cell Transitions of Care Through Health Information Technology. **Am. J. Prev. Med.**, 51, 1, 17-23, 2016.

GUERREIRO, A.V.P., *et al.* Avaliabilidade das Políticas de Saúde: Teoria & Prática. In: GURGEL, I.G.D., *et al.* (Org). **Gestão em Saúde Pública: Estudos de Avaliação**. Recife: Editora UFPE, 2014.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** 2. ed. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua Trimestral. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6403>. Acesso em: 17 ago 2020.

LAGES, S.R.C. *et al.* O preconceito racial como determinante social da saúde – a invisibilidade da anemia falciforme. **Rev. Interinst. Psicol.**, v. 10, 109 – 122, 2017.

LEVITON, L.C; *et al.* Evaluability Assessment to Improve Public Health Policies, Programs, and Practices. **Annu. Rev. Public Health**, 31, 1, 213-233, 2010.

MARTINS, M.M.F.; TEIXEIRA, M.C.P. Análise dos gastos das internações hospitalares por anemia falciforme no estado da Bahia. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 24-30, 2017.

MÁXIMO. C. **A Política de Atenção Integral à Pessoa com Doença Falciforme no Estado do Rio de Janeiro e os Desafios da Descentralização.** 2009. 104 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2009.

ROSENFELD, L.G. *et al.* Prevalência de hemoglobinopatias na população adulta brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde 2014 – 2015. **Rev. bras. epidemiol**, 22, n. 2, 2019.

SANTOS, S.S.B.S. **Avaliação da descentralização da vigilância epidemiológica para a equipe de saúde da Família.** 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia. 2006.

SILVA, F.M.R.; SANTOS, S.S.B.S. Implantação da política nacional de saúde integral da população negra: um estudo de avaliabilidade. In: XXI Seminário de Iniciação Científica, 21, 2017, Feira de Santana. **Anais.** Disponível em: <http://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/2663/2020>. Acesso em 26 nov. 2018.

SOUZA, I.M.; ARAÚJO, E.M; SANTA BÁRBARA, S. Desafios para efetivação da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias. In: CARVALHO, E.S.S; XAVIER, A. S. G (org). **Olhares sobre o adoecimento crônico: representações e práticas de cuidado às pessoas com doença falciforme.** Feira de Santana: UEFS editora, p. 15-25, 2017.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

STREETLY, A. *et al.* Evaluation of newborn sickle cell screening programme in England: 2010-2016. *Arch Dis Child*, v. 103, n. 7, p. 648-653, 2018.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## ANÁLISE DOS GASTOS DAS INTERNAÇÕES HOSPITALARES POR TUBERCULOSE NA BAHIA ENTRE 2011 A 2020

Mariana Gomes de Cerqueira Ribeiro<sup>1</sup>  
Raulene Gomes da Silva Santos<sup>2</sup>  
Tays Lasse dos Reis Santana<sup>3</sup>  
Maísa Mônica Flores Martins<sup>4</sup>

**Resumo:** A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa, transmitida pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também denominada Bacilo de Koch. É um dos mais preocupantes problemas de saúde pública no mundo, atingindo todas as faixas etárias e com estreita correlação com os determinantes socioeconômicos e ambientais. O Brasil, juntamente com outros 21 países em desenvolvimento, abarca aproximadamente 80% dos casos mundiais. Apesar da gravidade, possui taxas de cura em cerca de 100% quando o tratamento é corretamente seguido, sendo o maior obstáculo em seu combate o elevado número de abandonos. No Brasil, seu tratamento é gratuito e promovido, em grande parte, em ambiente ambulatorial centrado na Atenção Primária à Saúde. Nas internações, devido ao agravamento da doença, observa-se baixa taxa de melhora clínica, alta taxa de mortalidade e maiores custos ao sistema de saúde e ao paciente. Este estudo tem por objetivo descrever os gastos das internações hospitalares por complicações da tuberculose no estado da Bahia, segundo as macrorregiões de saúde, no período de 2011 a 2020. Trata-se de um estudo ecológico com fontes de dados secundários. As informações foram obtidas através do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) disponível no Departamento de Informática do SUS (DATASUS), dos Censos Demográficos realizados pelo IBGE e das Estimativas Preliminares Populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE. Foram analisadas para cada macrorregião de saúde as variáveis: número de internações, selecionadas de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), gastos totais por internação, gastos médios por internação, caráter do atendimento e número de óbitos. Associando-se a estas as covariáveis: sexo, faixa etária, raça/cor e o ano de internação. As taxas e indicadores apreciados

<sup>1</sup> Graduanda em Enfermagem, Núcleo de Saúde Coletiva, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador-Ba, Brasil, marianagomes.ribeiro@ucsal.edu.br

<sup>2</sup> Graduanda em Enfermagem, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador-Ba, Brasil

<sup>3</sup> Graduanda em Nutrição, Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador-Ba, Brasil

<sup>4</sup> Enfermeira, Doutoranda em Saúde Pública ISC/UFBA, Professora da Universidade Católica do Salvador (UCSAL), Salvador – Ba, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

neste estudo foram: frequência das internações segundo sexo, faixa etária e raça/cor por macrorregião, coeficiente de hospitalização, proporção de óbitos e taxa de letalidade hospitalar. Entre os anos de 2011 a 2020 a Bahia registrou 10.191 internações por TB, tendo a macrorregião Leste apresentado a maior ocorrência, um total de 7.361 (72,2%). A taxa de letalidade hospitalar para o estado foi de 6,4%, e, apesar da macrorregião Leste ter liderado o número de óbitos (50,2%) foi a Sul que apresentou o maior valor para o indicador de letalidade (17,6%). Em todas as macrorregiões predominaram internações de indivíduos do sexo masculino (72,6%), com idade entre 30 a 49 anos (43,7%) e pardos (8,3%). Foram gastos R\$14.794.658,45 com internações por TB, correspondendo a 0,19% do total despendido pelo estado para todas as internações no período. A macrorregião Leste recebeu 81,1% do montante, sendo também a que possui os maiores valores médios por internação (R\$1.667,0), valor 1,7 vezes maior que a média do estado para todas as categorias CID-10 (R\$977,5). Assim, ao serem analisados os altos valores despendidos pelo SUS para custear as internações por TB na Bahia, e considerando que o correto acompanhamento ambulatorial poderia reduzir as taxas de internação pela doença, percebe-se a importância de uma atenção primária resolutiva. Sendo a qualidade em sua gestão um requisito fundamental para o controle da TB no estado e em todo o país.

**Palavras-chave:** Sistemas de informação em saúde; tuberculose; gestão em saúde; doenças respiratórias; morbidade hospitalar

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A tuberculose (TB) é uma doença infectocontagiosa transmitida pela bactéria *Mycobacterium tuberculosis*, também denominada Bacilo de Koch. Ao longo dos anos a doença tem evoluído, aumentando sua virulência e capacidade de transmissão. Em poucas horas, o indivíduo que se encontra na fase ativa da doença é capaz de projetar até 3,5 milhões de bacilos através de gotículas presentes na tosse, espirro ou fala (MARTINS; SANTOS, 2018).

A TB é considerada um dos mais preocupantes problemas de saúde pública mundiais, atingindo todas as faixas etárias e com estreita correlação às circunstâncias sociais, econômicas e ambientais inconsistentes. No mundo, somente em 2019, aproximadamente 10 milhões de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

peessoas adquiriram a doença e cerca de 1,2 milhões vieram a óbito por TB. Segundo a OMS, o Brasil figura entre os 30 países de alta carga para TB (BRASIL, 2021) e juntamente com outros 21 países em desenvolvimento abarca aproximadamente 80% dos casos mundiais (BRASIL, 2009).

Apesar da gravidade, a doença possui taxas de cura em cerca de 100% quando o tratamento é corretamente seguido (SILVA; SILVA, 2016). Um dos maiores desafios no combate à TB é a duração do tratamento que leva no mínimo seis meses e ocasiona elevadas taxas de abandono. Em algumas macrorregiões do Brasil, 25% dos tratamentos iniciados são interrompidos prematuramente (MARTINS; SANTOS, 2018). Dentre os problemas causados pelo abandono do tratamento estão a continuidade da transmissão, a resistência adquirida pela bactéria à terapia e maiores custos associados (SILVA; MOURA; CALDAS, 2014).

No Brasil, o tratamento da TB é gratuito e realizado em ambiente ambulatorial, no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS). No entanto, cerca de 30% dos casos são descobertos apenas nas admissões hospitalares, quando o estado clínico do paciente é mais grave. Nas internações, devido ao agravamento da doença, observa-se baixa taxa de melhora clínica, alta taxa de mortalidade, desenvolvimento de complicações, além de maiores custos ao sistema de saúde e ao paciente (SOUZA JR *et al.*, 2017; PERRECHI; RIBEIRO, 2011).

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) garante a distribuição dos medicamentos e demais insumos necessários ao tratamento da TB no país. O programa é responsável também pelas ações preventivas e de controle da doença, dentre as quais estão inseridas estratégias de comunicação e educação em saúde (BRASIL, 2004). No entanto, o PNCT é prejudicado, dentre outros fatores, pela falta de integração entre a Atenção Básica e os outros níveis assistenciais, pela pouca resolutividade da Atenção Primária no diagnóstico, principalmente pela baixa integração entre prestadores dos níveis estadual e municipal no fornecimento de exames de apoio, e pela dificuldade dos profissionais da saúde em lidar com novas tecnologias. A falta de capacitação dos trabalhadores nos sistemas de informação em



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

saúde prejudica a qualidade do preenchimento dos dados, impactando nas ações de planejamento, monitoramento e avaliação no controle da doença (ANDRADE *et al.*, 2017; PAIM *et al.*, 2011; SANTOS, 2007).

Diante do contexto apresentado, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil das internações hospitalares por complicações da tuberculose, segundo as macrorregiões de saúde no estado da Bahia no período de 2011 a 2020. Para o seu desenvolvimento foram analisados os dados disponibilizados pelo Sistema de Morbidade Hospitalar do SUS (SIH/SUS) para o período, permitindo o conhecimento das características epidemiológicas e a distribuição das internações por TB nas macrorregiões de saúde. Assim, o conhecimento desenvolvido no presente estudo pode subsidiar o desenvolvimento de ações e estratégias de prevenção e combate à doença, bem como uma melhor distribuição dos recursos assistenciais no estado.

## Método

Trata-se de um estudo ecológico sobre os gastos das internações hospitalares por complicações da tuberculose no estado da Bahia, segundo as macrorregiões de saúde, no período de 2011 a 2020. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS, cujas informações são disponibilizadas pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), dos Censos Demográficos realizados pelo IBGE e das Estimativas Preliminares Populacionais elaboradas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE para os anos 2000 a 2020. Os casos de TB foram selecionados de acordo com a 10ª Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

Segundo o IBGE, a Bahia possui uma área de 564.760.427 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 14.930.634 habitantes (para o ano de 2020). Seu Índice de Desenvolvimento Humano, para 2010, foi estimado em 0,660 e o rendimento mensal domiciliar per capita, para 2020, foi avaliado em R\$ 965,0 (IBGE, 2021). Sua divisão político-administrativa compreende



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

417 municípios e sua capital, Salvador, abriga 19,3% da população do estado. Na área da saúde, o território baiano divide-se em 28 regiões de saúde, alocadas em 9 macrorregiões: Centro-Leste, Centro-Norte, Extremo Sul, Leste, Nordeste, Norte, Oeste, Sudoeste e Sul (BAHIA, 2007).

As variáveis descritas no estudo foram: número de internações, gastos totais e médios por internação, caráter do atendimento e número de óbitos. Utilizou-se como covariáveis: sexo, faixa etária, raça/cor e o ano de internação. As taxas e indicadores apreciados neste estudo foram: frequência (absoluta e relativa) das internações segundo sexo, faixa etária e raça/cor por Macrorregiões de Saúde da Bahia; coeficiente de hospitalização (número de internações dividido pela população média x 10.000); proporção de óbitos por tuberculose (número de óbitos por macrorregião dividido pelo total de óbitos no estado x 100) e taxa de letalidade hospitalar (número de óbitos por macrorregião dividido pelo número de internações por macrorregião x 100). Após coleta, os dados foram organizados e tabulados no Microsoft Excel, e apresentados através de gráficos e tabelas.

## Resultados e discussão

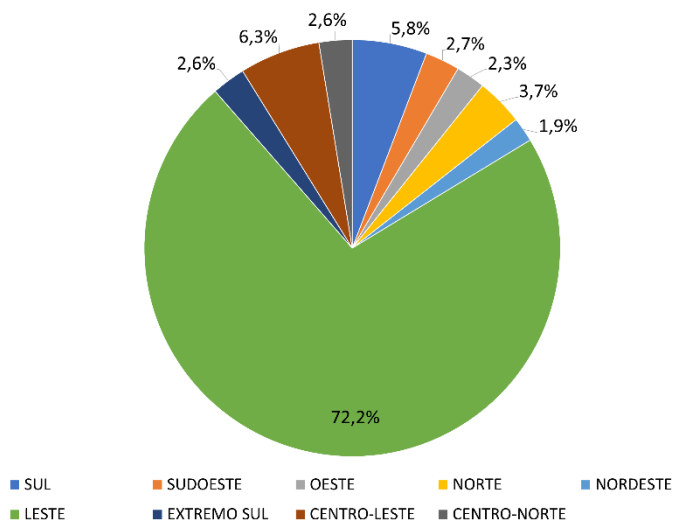
Entre os anos de 2011 a 2020 a Bahia registrou 10.191 internações por tuberculose, com uma média de 1.019,1 por ano. Conforme ilustrado na Figura 1, a macrorregião de saúde Leste, com referência na capital do estado, foi a que apresentou maior quantidade de internações, um total de 7.361 (72,2%), seguida da Centro Leste com 638 (6,3%), e da Sul com 592 internações no período (5,8%).

**Figura 1.** Distribuição das internações por tuberculose por macrorregião de saúde da Bahia, no período de 2011 a 2020.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

O coeficiente de hospitalização por tuberculose no estado manteve-se praticamente constante entre os anos de 2011 a 2016: ocorreram, em média, 0,75 internamentos a cada 10 mil habitantes por ano (Figura 2). Em 2017, observa-se pequeno aumento e, a partir de então, redução no coeficiente de hospitalização no estado, de 0,80 para 0,50 internamentos para cada 10 mil habitantes.

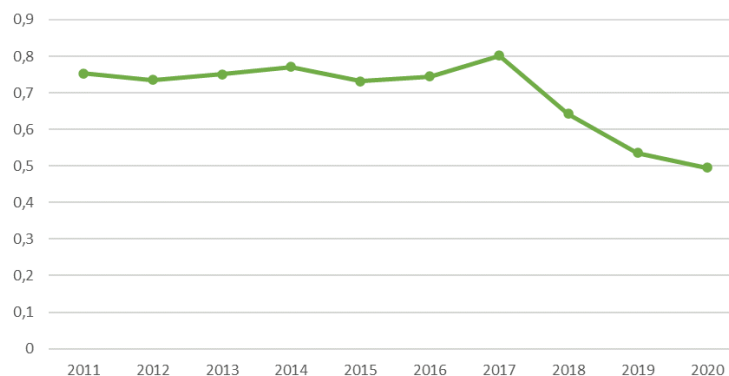
**Figura 2.** Coeficiente de hospitalização por tuberculose no estado da Bahia, no período de 2011 a 2020



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

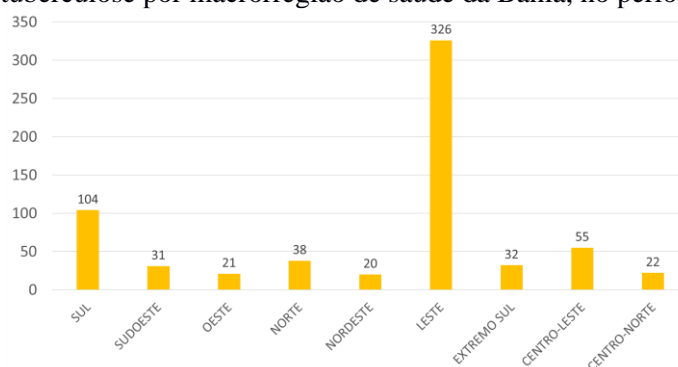
18 e 19 de junho de 2021



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (Estimativa da população 2000 a 2020)

Do total de internações no estado, 649 (6,4%) tiveram como desfecho a morte dos pacientes. Novamente lideram os números as macrorregiões Leste, Sul e Centro-Leste, com 326 (50,2%), 104 (16%) e 55 (8,5%) óbitos, respectivamente (Figura 2 e 3). No entanto, foi a macrorregião Sul que apresentou a maior taxa de letalidade hospitalar, cerca de 17,6%, seguida da Extremo-Sul, com 12,0% e da Sudoeste, com 11,4%.

**Figura 3.** Óbitos por tuberculose por macrorregião de saúde da Bahia, no período de 2011 a 2020.



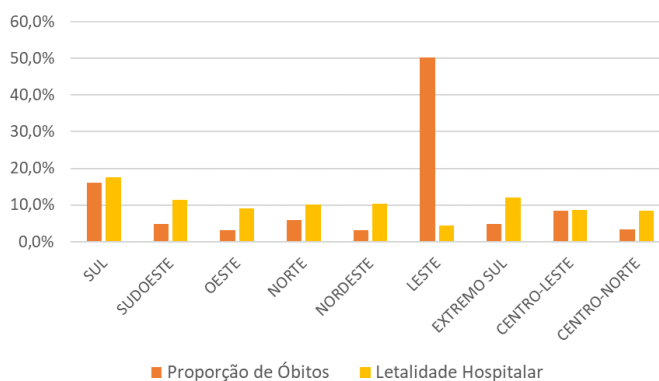
Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

**Figura 4.** Proporção de óbitos e taxa de letalidade hospitalar da tuberculose por macrorregião de saúde da Bahia, no período de 2011 a 2020.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Conforme demonstrado na Tabela 1, em todas as macrorregiões de saúde predominaram internações de indivíduos do sexo masculino, representando em média 70,5%, ou 72,6% se considerada a totalidade das internações. Dentre as mulheres, as maiores taxas de internamento ocorreram nas macrorregiões Sul (32,8%), Extremo Sul (32,0%), Oeste (31,5%) e Centro-Leste (31,5%). Observa-se ainda que a faixa etária de maior incidência de internamentos é a de 30 a 49 anos, abarcando 43,7% do total, seguida das faixas entre 50 a 69 anos (32%) e 15 a 29 anos (16,1%). Quanto à raça/cor, 89% dos registros ignoraram o preenchimento da informação e dos que a possuem, predominaram indivíduos de cor parda, com 862 internamentos, 8,3% do total.

**Tabela 1.** Características demográficas das internações por tuberculose por macrorregião de saúde da Bahia, no período de 2011 a 2020.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

	SUL		SUDOESTE		OESTE		NORTE		NORDESTE		LESTE		EXTREMO SUL		CENTRO-LESTE		CENTRO-NORTE		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Sexo</b>																			
Feminino	198	32,8%	80	29,2%	73	31,5%	114	30%	56	28,7%	1.967	26,2%	85	32,0%	204	31,5%	64	24,1%	
Masculino	406	67,2%	194	70,8%	159	68,5%	266	70%	139	71,3%	5.549	73,8%	181	68,0%	444	68,5%	202	75,9%	
<b>Faixa Etária</b>																			
0 a 4 anos	1	0,2%	0	0,0%	1	0,4%	6	1,6%	1	0,5%	31	0,4%	0	0,0%	5	0,8%	1	0,4%	
5 a 14 anos	6	1,0%	0	0,0%	2	0,9%	8	2,1%	4	2,1%	49	0,7%	6	2,3%	4	0,6%	1	0,4%	
15 a 29 anos	123	20,4%	45	16,4%	30	12,9%	54	14,2%	27	13,8%	1.221	16,2%	49	18,4%	102	15,7%	25	9,4%	
30 a 49 anos	251	41,6%	115	42,0%	81	34,9%	147	38,7%	89	45,6%	3.296	43,9%	124	46,6%	310	47,8%	120	45,1%	
50 a 69 anos	181	30,0%	80	29,2%	77	33,2%	112	29,5%	62	31,8%	2.484	33,0%	72	27,1%	169	26,1%	87	32,7%	
acima de 70 anos	42	7,0%	34	12,4%	41	17,7%	53	13,9%	12	6,2%	435	5,8%	15	5,6%	58	9,0%	32	12,0%	
<b>Raça/Cor</b>																			
Branca	17	2,8%	18	6,6%	2	0,9%	5	1,3%	9	4,6%	12	0,2%	33	12,4%	4	0,6%	1	0,4%	
Preta	7	1,2%	17	6,2%	0	0,0%	0	0,0%	2	1,0%	63	0,8%	5	1,9%	8	1,2%	8	3,0%	
Parda	157	26,0%	73	26,6%	43	18,5%	57	15,0%	35	17,9%	202	2,7%	136	51,1%	107	16,5%	52	19,5%	
Amarela	3	0,5%	4	1,5%	3	1,3%	5	1,3%	1	0,5%	34	0,5%	11	4,1%	1	0,2%	1	0,4%	
Indígena	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	2	0,8%	0	0%	0	0%	
Sem informação	420	69,5%	162	59,1%	184	79,3%	313	82,4%	148	75,9%	7.205	95,9%	79	29,7%	528	81,5%	204	76,7%	

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Entre os anos de 2011 a 2020, a Bahia despendeu R\$14.794.658,45 com internações por tuberculose, R\$2.060.734,66 somente no ano de 2017. A macrorregião Leste foi a que mais gastou, sendo o seu montante R\$11.993.498,09, 81,1% do total (Tabela 2).

Com base nas estimativas feitas pelo Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE para os anos de 2000 a 2020, a população média da Bahia para o período analisado no estudo foi de aproximadamente 14.657.025 de habitantes. As macrorregiões de maior densidade demográfica foram às: Leste, Centro-Leste, Sudoeste e Sul, conforme descrito na Tabela 2.

Além de apresentar a maior população (31,6%), frequência de internação (72,2%), coeficiente de hospitalização (15,9/10 mil habitantes) e gastos totais (81,1%), a macrorregião Leste é a que possui os maiores valores médios por internação, R\$1.667,0, para o período analisado. Ainda na Tabela 2, é possível observar que nas macrorregiões Sul (77,3%), Sudoeste (88,7%), Oeste (82,3%), Norte (72,9%) e Extremo-Sul (90,2%) predominaram internações de urgência, enquanto nas macrorregiões Nordeste (61,5%), Leste (94,0%), Centro-Leste (65,1%) e Centro-Norte (58,3%) prevaleceram os atendimentos eletivos.

**Tabela 2.** Frequência de internação, coeficiente de hospitalização, caráter do atendimento e gastos (totais e médios) das internações por tuberculose por macrorregião de saúde da Bahia, no período de 2011 a 2020.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

	População média		Coeficiente de hospitalização	Frequência de Internação		Caráter do Atendimento		Gasto Total das Internações		Gasto Médio por internação
	n	%		n	%	Eletivo	Urgência	R\$	%	
Sul	1.627.366	11,1%	3,6	592	5,8%	22,7%	77,3%	R\$ 559.788,1	3,8%	R\$ 990,4
Sudoeste	1.746.194	11,9%	1,6	273	2,7%	11,3%	88,7%	R\$ 179.823,1	1,2%	R\$ 656,9
Oeste	934.316	6,4%	2,5	232	2,3%	17,7%	82,3%	R\$ 146.108,1	1,0%	R\$ 660,9
Norte	1.066.345	7,3%	3,5	373	3,7%	27,1%	72,9%	R\$ 413.104,5	2,8%	R\$ 1.049,8
Nordeste	850.168	5,8%	2,3	194	1,9%	61,5%	38,5%	R\$ 276.788,3	1,9%	R\$ 1.430,3
Leste	4.631.582	31,6%	15,9	7361	72,2%	94,0%	6,0%	R\$ 11.993.498,1	81,1%	R\$ 1.657,0
Extremo-Sul	812.234	5,5%	3,3	266	2,6%	9,8%	90,2%	R\$ 147.846,8	1,0%	R\$ 470,7
Centro-Leste	2.190.187	14,9%	2,9	638	6,3%	65,1%	34,9%	R\$ 772.370,1	5,2%	R\$ 1.239,6
Centro-Norte	798.632	5,4%	3,3	262	2,6%	58,3%	41,7%	R\$ 305.331,4	2,1%	R\$ 1.092,2

Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e Ministério da Saúde/SVS/DASNT/CGIAE (Estimativa da população 2000 a 2020)

Segundo o Ministério da Saúde, a incidência da TB concentra-se nas populações vivendo com HIV, em situação de rua, privadas de liberdade, indígenas, aquelas que vivem em aglomerados e em situação de pobreza (BRASIL, 2019). Como os dados disponíveis no SIH/SUS não trazem informações que permitam uma análise mais criteriosa do perfil socioeconômico do paciente, dos grupos citados, apenas a raça/cor pode ser observada no estudo, sendo a parda com 8,3% do total a de maior notificação. A população indígena aparece em apenas 2 notificações na macrorregião Extremo-Sul em todo o período analisado. No entanto, a maior parte dos dados desta categoria teve o preenchimento ignorado (89%), impossibilitando uma análise fidedigna da realidade.

O adoecimento por TB é resultante da interação entre determinantes sociais em três níveis: comunidade, ambiente domiciliar e características individuais (BOCCIA *et al.*, 2011 apud. BRASIL, 2019). Assim, a posição socioeconômica dos indivíduos e as condições de vida da comunidade influenciam no acesso à serviços como educação, moradia de qualidade e serviços de saúde, bem como os seus processos de adoecimento, tratamento e cura.

Segundo Censo Demográfico realizado pelo IBGE em 2010, a renda média domiciliar per capita dos baianos era de R\$481,2. A macrorregião Centro-Norte, com referência em Jacobina, foi a que apresentou a menor renda média, cerca de R\$286,1 e a Leste foi a que



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

apresentou a maior, aproximadamente R\$751,5. No entanto, o mesmo Censo revelou que a macrorregião Leste possuía a maior proporção de pessoas com baixa renda no estado, cerca de 30,9%, seguida da Centro-Leste, com 15%. Estes valores podem ajudar a explicar o porquê das regiões Leste e Centro-Leste liderarem as taxas de internação por TB no estado, com 72,2% e 6,3% do total, respectivamente.

No que se refere à raça/cor, as maiores proporções de pessoas com baixa renda, segundo Censo de 2010, se concentraram nas pardas (59,5%), brancas (16,9%) e pretas (16,9%), o que também pode explicar o predomínio dos pardos nas internações. No entanto, são necessários dados mais atuais ou estimativas que abranjam os anos do estudo para uma correta análise das variáveis, sendo urgente, portanto, a realização de um novo Censo Demográfico Brasileiro. Os dados encontrados estão em concordância com os divulgados pelo Ministério da Saúde no Boletim Epidemiológico da Tuberculose de 2021, que traz informações de 2011 a 2020 para o Brasil. Nele, a prevalência da tuberculose entre pessoas pardas e pretas variou de 60,2 a 66,8%.

Os achados quanto à maior incidência de internações por TB em homens (72,6%) estão em concordância com a literatura, que indica uma incidência duas vezes maior em indivíduos do sexo masculino que do feminino (PILLER, 2012). No que se refere à faixa etária, os grupos mais atingidos no Brasil seriam os com idade entre 20 a 49 anos (PILLER, 2012). No presente estudo, lideraram os grupos entre 30 a 49 anos (43,7%), 50 a 69 anos (32,7%) e 15 a 29 anos (16,1%). Se somados, os grupos entre 15 a 29 e 30 a 49 anos de fato lideraram as frequências de internações, com 48,8% do total.

Quanto aos valores totais gastos nas internações por tuberculose, se comparados com o total de gastos de todas as categorias de morbidade da CID-10 com registro no SIH/SUS, os achados para o período correspondem a 0,19% do geral para a Bahia e 0,38% para a macrorregião Leste, a de maior valor. Se considerados apenas os valores gastos com doenças infecciosas e parasitárias, o percentual sobe para 4,7%.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Segundo o SIH/SUS, o valor médio das internações no estado para todas as categorias CID-10 é de R\$ 977,5. Sendo assim, com exceção das macrorregiões Oeste (R\$ 660,9), Sudoeste (R\$ 656,9) e Extremo-Sul (R\$470,7), todas as demais excedem o valor médio estadual, sendo a macrorregião Leste a que apresenta maior disparidade, com uma média de R\$1.657,0 por internação no período. Percebe-se também, aumento deste valor médio no estado ao longo dos anos: em 2011 era de R\$1013,4, já em 2020 este valor sobe para R\$ 1.948,7. Os altos custos podem estar associados ao aumento de casos resistentes e representam não apenas impactos aos cofres públicos, mas se refletem também no orçamento familiar, fortalecendo as condições de pobreza da população acometida, em especial pela perda de renda causada pela doença (COSTA *et al.*, 2005).

Segundo Boletim Epidemiológico divulgado em 2021 pelo Ministério da Saúde, baseado em dados do Sistema de Mortalidade (SIM), em 2019 foram registrados 318 óbitos por TB no estado, valor 6,1 vezes maior que o presente no SIH. Esta diferença pode estar associada a uma subnotificação hospitalar, seja pelo preenchimento incorreto da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou pela sua ausência, haja vista que muitos pacientes vão à óbito nas unidades de emergência, onde não é emitida AIH. Há ainda de se considerar que os óbitos ocorridos em instituições da rede privada, em que a internação não foi custeada pelo Sistema Único de Saúde, não são registrados no SIH/SUS, contribuindo com a diferença observada entre os dados deste sistema e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM).

## Considerações finais



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Apesar da redução do número de internamentos por TB no estado, apresentada a partir do ano de 2017, o estudo evidencia a necessidade de ações mais efetivas no combate à doença, em especial na macrorregião Leste, que apresentou maior frequência de internamentos (72,2%), maior coeficiente de hospitalização (15,9/10 mil habitantes) e os maiores custos totais e médios por internação, R\$11.993.498,1 e R\$1.657,0, respectivamente. Em destaque está também a macrorregião Sul, que apresentou a maior taxa de letalidade hospitalar (17,6%), onde deve-se observar, além do controle da disseminação da doença, a qualidade da assistência prestada aos pacientes durante as internações.

O combate à TB reforça a necessidade de uma atenção primária resolutive, que consiga através das ações de prevenção e diagnóstico precoce reduzir a ocorrência da doença. Vale ressaltar ainda a importância da promoção do cuidado integral, voltado às necessidades do paciente, com estratégias de acompanhamento que minimizem os abandonos e os desfechos mais graves, além do fortalecimento dos sistemas de referência e contrarreferência. Logo, a qualidade da gestão da Atenção Básica é um requisito fundamental para o controle da TB no estado e em todo país.

O tratamento da TB é longo e pode apresentar efeitos colaterais que tendem a reduzir sua adesão. Assim, ter profissionais capacitados e com olhar humanizado no atendimento, em especial na atenção primária, é também um dos fatores determinantes para o sucesso no controle da tuberculose.

## Referências

ANDRADE, H. S.; OLIVEIRA, V. C.; GONTIJO, T. L.; PESSÔA, M. T. C.; GUIMARÃES, E. A. de A. Avaliação do Programa de Controle da Tuberculose: um estudo de caso. **Saúde em Debate**, v. 41, n., p. 242-258, mar. 2017.

BAHIA. Secretaria da Saúde. **Municípios e Regionalização**. 2007. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/municipios-e-regionalizacao/>. Acesso em: 25 maio 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Tuberculose 2021**. Disponível em: [BRASIL. Ministério da Saúde. \*\*Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil\*\*. 2019. Disponível em: \[file:///C:/Users/Admin/Downloads/manual\\\_recomendacoes\\\_controle\\\_tuberculose\\\_brasil\\\_2\\\_ed.pdf\]\(file:///C:/Users/Admin/Downloads/manual\_recomendacoes\_controle\_tuberculose\_brasil\_2\_ed.pdf\). Acesso em: 20 maio 2021.](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/24/boletim-tuberculose-2021_24.03#:~:text=Em%202020%2C%20o%20Brasil%20registrou,%C3%B3bitos%20por%20100%20mil%20habitantes. Acesso em: 28 maio 2021.</a></p></div><div data-bbox=)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProgramaTB.pdf>. Acesso em: 27 maio 2021.

COSTA, J. G; SANTOS, A. C; RODRIGUES, L. C; BARRETO, M. L; ROBERTS, J. A. Tuberculose em Salvador: custos para o sistema de saúde e para as famílias. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 122-128, jan. 2005. Disponível em: [IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. \*\*Cidades e Estados\*\*. 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ba.html>. Acesso em: 27 maio 2021.](https://www.scielo.br/j/rsp/a/fFwMfzYctvnG4zqnyhSrRgn/?lang=pt#:~:text=A1%C3%A9m%20do%20sofrimento%20diretamente%20causado,a%20Aids%2C%20tuberculose%20e%20mal%C3%A9ria. Acesso em: 28 maio 2021.</a></p></div><div data-bbox=)

PERRECHI, M. C. T.; RIBEIRO, S. A. Desfechos de tratamento de tuberculose em pacientes hospitalizados e não hospitalizados no município de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. 2011, v. 37, n. 6., p. 783-790. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1806-37132011000600012>. Acesso em 14 mai. 2021

SANTOS, J. Resposta brasileira ao controle da tuberculose. **Revista de Saúde Pública**. 2007, v. 41, suppl 1., pp. 89-93. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000800012>. Acesso em 14 mai. 2021



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

SANTOS, T. A.; MARTINS, M. M. F. Perfil dos casos de reingresso após abandono do tratamento da tuberculose em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 26, n. 3, p. 233-240, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201800030235>. Acesso em 14 mai. 2021

SILVA, É. A.; SILVA, G. A. O sentido de vivenciar a tuberculose: um estudo sobre representações sociais das pessoas em tratamento. 2016. **Revista de Saúde Coletiva**. v. 26, p. 1233-1247, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v26n4/1809-4481-physis-26-04-01233.pdf>. Acesso em: 20 maio 2021.

SILVA, P. F.; MOURA, G. S.; CALDAS, A. de J. M. Fatores associados ao abandono do tratamento da tuberculose pulmonar no Maranhão, Brasil, no período de 2001 a 2010. **Cadernos Saúde Pública**. v. 30, p.1745-1754, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00124513>. Acesso em: 21 mai. 2021

SOUZA JUNIOR, E. V. et al. Internações hospitalares e impacto financeiro por tuberculose pulmonar na Bahia, Brasil. **Enfermería Actual de Costa Rica**, San José, n. 35, p. 38-51, 2018. Disponível em: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-45682018000200038&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-45682018000200038&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 mai. 2021. <http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i35.31868>.

PAIM, J. et al. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Série Saúde no Brasil, v.1, 2011. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo\\_saude\\_brasil\\_1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf). Acesso em: 31 mai. 2021.

PILLER, R.V. B. **Epidemiologia da Tuberculose**. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro (RJ) Brasil. Disponível em: [http://www.sopterj.com.br/wpcontent/themes/\\_sopterj\\_redesign\\_2017/\\_revista/2012/n\\_01/02.pdf](http://www.sopterj.com.br/wpcontent/themes/_sopterj_redesign_2017/_revista/2012/n_01/02.pdf). Acesso em: 28 maio 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## O TELEMONITORAMENTO DOS CASOS COVID-19 PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Isabela Santos Sousa<sup>1</sup>  
Rafael Brandão da Silva<sup>2</sup>  
Welbi Pereira Rocha<sup>3</sup>  
Verena Ferreira Lopes<sup>4</sup>  
Jane Mary de Medeiros Guimarães<sup>5</sup>  
Vitória Solange Coelho Ferreira<sup>6</sup>

**Resumo:** A Atenção Primária à Saúde (APS) é responsável pelo atendimento dos casos leves e moderados da COVID-19 e deve garantir a continuidade dos atendimentos das demais situações e agravos agudos e crônicos de saúde existentes nos em seu território de abrangência. Melhorar o cuidado e facilitar o acesso a orientações qualificadas em saúde dos usuários exige a implementação de novas estratégias e o atendimento remoto surge como uma potente resposta a essa demanda crescente. Para responder quais as principais estratégias adotadas pelos profissionais de saúde integrantes das equipes da APS para o telemonitoramento dos casos COVID-19 em seu território de abrangência? Este estudo tem por objetivo avaliar ações de telemonitoramento realizadas pelos profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde, aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no mês de maio de 2021, nas plataformas *Web of Science e National Library of Medicine* (PubMed/Medline), Cochrane Library e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no período entre março 2020 e maio 2021, sendo utilizados descritores controlados, palavras do título e do resumo, cruzados com operadores booleanos OR e AND: telemonitoramento, monitoramento remoto, COVID-19 e Atenção Primária à Saúde. Foram encontrados 08 artigos na base de dados PubMed, 22 Cochrane Library e 35 na BVS. Para a

<sup>1</sup>Enfermeira Sanitarista. Mestranda em enfermagem, Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), vinculada à Atenção Primária à Saúde, Itabuna, Brasil, [isabelasousa2@hotmail.com](mailto:isabelasousa2@hotmail.com)

<sup>2</sup>Mestrando em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), Ilhéus, Brasil

<sup>3</sup>Fisioterapeuta especialista em Saúde Pública, Núcleo de Atendimento Especializado, Ilhéus, Brasil

<sup>4</sup>Mestranda em Enfermagem pela Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), vinculada à Atenção Primária à Saúde, Itabuna, Brasil

<sup>5</sup>Doutora em Saúde Pública, líder do Grupo de Pesquisa Educação Digital Interativa, Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), Itabuna, Brasil

<sup>6</sup>Doutora em Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

leitura exploratória do resumo foram selecionados 36 artigos científicos e 09 lidos integralmente. Após leitura analítica, 05 foram selecionados como objeto de estudo. Evidenciou-se em um maior número das publicações os benefícios do telemonitoramento realizado pela APS no enfrentamento ao novo coronavírus, implicando principalmente em diminuição da sobrecarga do atendimento hospitalar de baixa complexidade, bem como proteção dos profissionais e pacientes e essas ações apresentaram-se como potencialmente econômicas. Foi possível observar que parcerias com instituições de ensino superior potencializam a integração ensino-serviço e permitiram a criação de novas ferramentas de trabalho. A Sociedade Italiana de Medicina Geral e Atenção Primária (SIMG) publicou um documento de orientação à vigilância e monitoramento remoto dos pacientes, direcionadas aos clínicos gerais, além da implantação das Unidades de Continuidades de Cuidados Especiais para apoiar a APS na assistência e monitoramento dos casos confirmados à COVID-19. No entanto, desafios e dificuldades foram apresentadas, como a necessidade de treinamento para utilização da ferramenta e acesso heterogêneo da comunidade às tecnologias. Conclui-se que a pandemia COVID-19 vem demandando novas reorganizações dos processos de trabalho, desvelando as desigualdades território-sociais como principal barreira para implementação das TICs e ratifica a importância dos investimentos em recursos humanos e infraestrutura. Apesar de alguns materiais apontarem que as inserções das ações mediadas pelas TICs melhoraram a eficiência e efetividade do trabalho, outros retrataram a insuficiência sobre os reais impactos nos resultados das ações de telemonitoramento relacionadas à acessibilidade e qualidade.

**Palavras-chave:** Saúde Pública; Atenção primária à Saúde; COVID-19; Telemonitoramento; TIC em Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A doença causada pelo novo coronavírus, a COVID-19, representa um verdadeiro desafio para saúde pública no âmbito mundial, cujo objetivo principal é mitigar os efeitos devastadores da pandemia na saúde da população. Sua rápida disseminação para outros continentes causa o aumento vertiginoso do número de casos suspeitos, confirmados e óbitos, sobrecarregando os Sistemas de Saúde que não estavam preparados para atender a demanda por procura de atendimentos, seja ambulatorial, de urgência/emergência e cuidados intensivos (VIDAL-ALABALL *et al.*, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Considerado pelo Ministério da Saúde como uma das medidas mais importantes para reduzir o avanço da pandemia, o distanciamento social impõe aos serviços novas estratégias de organização frente às mudanças postas pela nova realidade. O modelo tradicional de atendimento tem que ser revisitado e a adoção de outras estratégias de acompanhamento clínico não presencial passam a ser adotadas, tornando-se um marco da revolução tecnológica ocorrida no setor saúde (CELUPPI *et al.*, 2021).

Para estes autores, o novo desenho passa a ser assumido em diversos países e parece existir uma tendência mundial para o uso das ferramentas digitais e essa iniciativa torna-se um dos grandes diferenciais de enfrentamento em relação às pandemias anteriores. No entanto, o seu uso extensivo depende do progresso e aperfeiçoamento tecnológico e do legislativo de cada país (CELUPPI *et al.*, 2021; COELHO, MORAIS, ROSA, 2020).

Nessa direção, países como Estados Unidos (EUA), Japão, China, Berlim, França, Itália e outros da Europa, encontram-se na atualidade em diferentes estágios de experimentação ou implementação da telemedicina para o enfrentamento da pandemia pelo COVID-19 (BRASIL; VIDAL-ALABALL, 2020; IPEA, 2021; CELUPPI *et al.*, 2021).

No Brasil o uso das tecnologias digitais, de informação e comunicação para o combate da pandemia é influenciado por fatores sociais, econômicos, culturais, de acesso a equipamentos de qualidade, à internet e pelo conhecimento e experiência no uso destas tecnologias e se tornam excelentes analisadores por fazerem emergir não só as desigualdades socioeconômicas, mas as digitais que tem impactado nos determinantes sociais e na mitigação da pandemia (BEAUNOYER, DUPÉRE, GUITTON, 2020).

Ocorre que, desde de 2005, há uma recomendação da Organização Mundial de Saúde para o uso das Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TIC's), no entanto, no Brasil, somente no ano de 2007 houve a adoção da estratégia de Saúde Digital (VIDAL-ALABALL; BRASIL, 2020; IPEA, 2021).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Dessa maneira, a prestação de serviços mediados pelas TIC's torna-se um dispositivo disruptivo aos modos tradicionais de operar o cuidado e convoca os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) a atuarem remotamente quando houver necessidade e para se envolverem no planejamento e operacionalização de atividades para a gestão de serviços, das ações programáticas e de riscos de emergência em saúde (WHO; DUNLOP, 2020).

No que pese a existência de desigualdade no acesso à internet banda larga de qualidade pela população, no contexto pandêmico, pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2019, aponta um aumento de 3.6% de domicílios com acesso à internet em relação o ano 2018, atingindo 82,7% dos domicílios nacionais e o telefone celular continua sendo a principal ferramenta utilizada (BRASIL, 2021).

Outro aspecto a ressaltar refere-se a resultados de estudos apontarem que a garantia do acesso com qualidade à APS é essencial para diminuir os atendimentos das emergências e que no atual contexto de pandemia, aproximadamente 80% dos pacientes que se recuperam da COVID-19 podem ser classificados como casos leves ou moderados, sem precisar de tratamento hospitalar. (REDWOOD-CAMPBELL, 2011; WU; MCGOOGAN, 2020).

Nesta perspectiva, pesquisas desta natureza se justificam por sua relevância social e científica seja pela possibilidade de melhorar o acesso e qualidade da assistência aos usuários que não possam comparecer presencialmente aos serviços de saúde; por subsidiar a avaliação da incorporação das TICS; contribuir no avanço dos conhecimentos e com a incorporação de novas competências e habilidades dos profissionais de saúde os instrumentalizando para implementação das ações do Telemonitoramento e a qualificação dos serviços.

Estas reflexões serviram como eixo balizador para formulação da questão que norteou esta revisão, a saber: quais as principais estratégias adotadas pelos profissionais das equipes de saúde da família da APS para implementação do telemonitoramento dos casos COVID-19 em seu território de abrangência. Posto isso, objetiva-se descrever as ações de telemonitoramento



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, aos casos suspeitos ou confirmados para COVID-19.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, do tipo revisão integrativa da literatura, que, segundo Crossetti (2009), sintetiza resultados de pesquisas anteriores e revela sobretudo as conclusões do *corpus* da literatura sobre um fenômeno específico.

Este estudo foi estruturado em seis etapas descritas por Sousa *et al* (2010): elaboração da pergunta norteadora, busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

As estratégias de busca foram conduzidas por dois pesquisadores independentes, durante o mês de maio de 2021, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Web of Science e National Library of Medicine* (PubMed/Medline) e *Cochrane Library*.

Os descritores foram utilizados de acordo com *Medical Subject Headings* (MeSH) e dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Para compor as estratégias de busca utilizou-se os operadores booleanos "AND e OR". Foram utilizados os seguintes termos: "Telemonitoramento" OR "Monitoramento Remoto" AND "Infecções por Coronavírus" OR "COVID19" AND "Atenção Primária à Saúde" OR "Atenção Básica"; "eHealth" OR "Mobile Health" OR "Remote Consultations" OR "Telehealth" OR "Telemedicine" AND "COVID19" OR "Coronavirus Infections" AND "Primary Health Care"; "Telemedicine" OR "ehealth" AND "COVID-19" OR "Coronavirus" AND "Primary Health Care".

Para identificar as ações de telemonitoramento realizadas pelos profissionais de saúde vinculados à Atenção Primária à Saúde, aos pacientes suspeitos ou confirmados para COVID-19, os critérios de inclusão foram periódicos nacionais e internacionais, artigos publicados na íntegra em português, inglês e espanhol, sem restrição metodológica. Foram excluídos artigos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

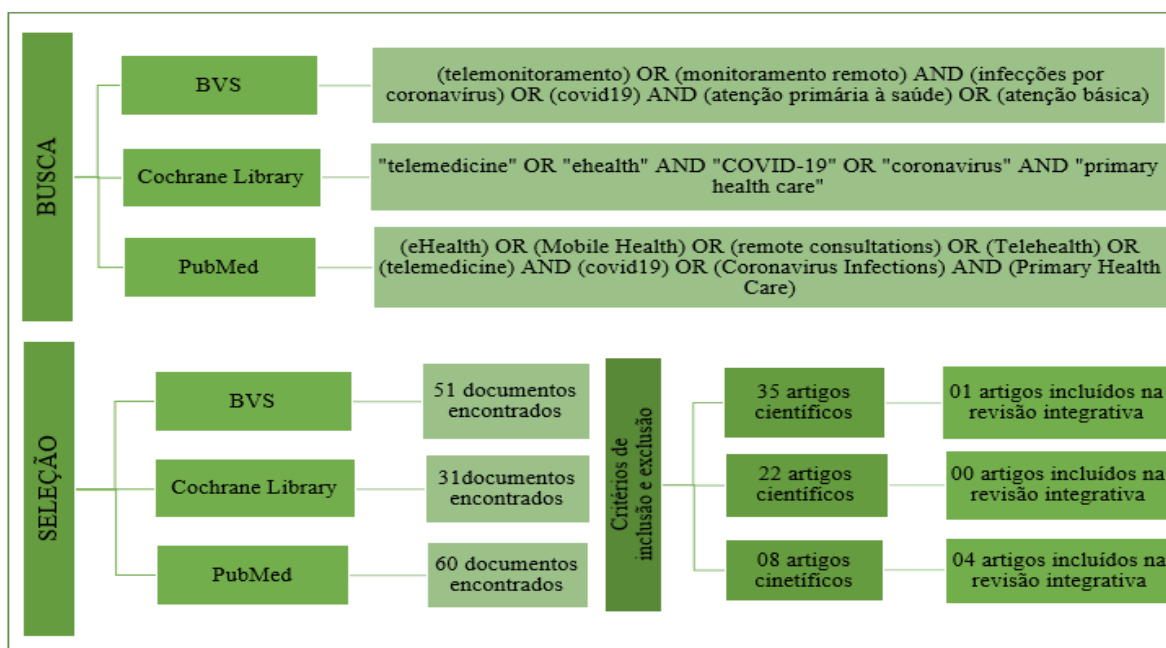
18 e 19 de junho de 2021

publicados em mais de uma base de dados, estudos em formato de teses, dissertações, capítulos de livros, textos não científicos, editoriais, anais de eventos e resenhas de livros. Com relação ao limite temporal, foram considerados os estudos publicados entre março de 2020 a maio de 2021 (QUADRO 1).

Na BVS foram identificadas 51 publicações, após leitura na íntegra 34 publicações foram excluídas pelas ações não terem sido implementadas em ambientes da Atenção Primária à Saúde ou direcionadas aos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2. As buscas realizadas na *Cochrane Library* alcançaram 22 publicações, porém nenhum artigo atendeu aos critérios de elegibilidade. Já nas bases de dados PubMed do total de 60 publicações, 08 atendiam aos critérios de inclusão, mas apenas 04 artigos abordavam a temática.

Para ilustrar as etapas desde a identificação até a inclusão de todos os artigos escolhidos, optou-se por produzir um fluxograma (FIGURA 1).

Figura 1: Fluxograma do processo de busca e seleção dos artigos



FONTE: Autores da pesquisa



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Este estudo dispensou avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois se encontra de acordo com o artigo 1º da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510, de 7 de abril de 2016 (BRASIL, 2016).

## Resultados e discussão

Após catalogar os artigos, foi iniciada a fase de análise e interpretação dos dados. Do total das publicações pesquisadas nas três bases de dados, 05 artigos foram selecionados para o presente estudo. A maior parte dos artigos científicos extraídos foi da base de dados PubMed (80%). O quadro 1 apresenta a identificação e distribuição dos estudos que foram sistematizados e organizados por base de dados.

Quadro 1: Distribuição dos artigos incluídos na revisão integrativa, 2020

Título	Autor/Ano	Objetivo	Telemonitoramento	Portal-base
Desigualdades na prática geral consultas remotas: uma revisão sistemática	Parker, <i>et al</i> 2020	Explorar o impacto das consultas remotas na prática geral, em comparação com consultas presenciais, sobre utilização e desfechos clínicos em grupos socioeconômicos desfavorecidos	Inclui consultas telefônicas e de vídeo, bem como comunicações síncronas ou assíncronas baseadas na Internet, como e-mails ou plataformas de consulta baseadas na Web.	PuBMed

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<p>Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19</p>	<p>Maciel, <i>et al</i> 2020</p>	<p>Discutir a reorganização do processo de trabalho do Agente Comunitário de Saúde em decorrência da pandemia da Covid-19</p>	<p>Realização de "visitas online", intermediada por canais de comunicação, <i>whatsapp</i>, e-mail e telefone para monitorar, comunicar e orientar sobre a rotina de trabalho</p>	<p>PuBMed</p>
<p>Um modelo de orientação italiano para a gestão de pacientes covid-19 suspeitos ou confirmados no ambiente da atenção primária</p>	<p>Lopes, <i>et al</i> 2020</p>	<p>Fornecer um modelo de orientação para o manejo de casos suspeitos, prováveis ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 no ambiente da atenção primária</p>	<p>O clínico poderá avaliar e monitorar clinicamente o paciente por meio de chamadas telefônicas e/ou, se possível, por meio de videochamadas.</p>	<p>PuBMed</p>
<p>Impacto das consultas remotas sobre prescrição de antibióticos na atenção primária à saúde: revisão sistemática</p>	<p>Han, <i>et al</i> 2020</p>	<p>Resumir evidências sobre o impacto da consulta remota na atenção primária no que diz respeito à prescrição de antibióticos.</p>	<p>A maioria dos estudos (7/12) utilizou consultas por telefone, e-visitas baseadas em texto, ou ambos.</p>	<p>PuBMed</p>

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Implementação do telemonitoramento de COVID-19: Repercussões na formação acadêmica em enfermagem	Silva <i>et al</i> , 2020	Relatar as repercussões da implementação do monitoramento dos casos suspeitos e confirmados de COVID-19 na formação acadêmica em enfermagem	Contou-se com uma central com seis computadores desktop e seis celulares para realizar o contato via ligação telefônica e/ou WhatsApp com os usuários que precisavam ser monitorados	BVS
--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Da leitura e análise das publicações, ascenderam dois núcleos temáticos: núcleo 1) Desafio para implementação das estratégias de utilização das TIC's; núcleo 2) Importância das parcerias intersetoriais.

## Núcleo 1: Desafio para implementação das estratégias de utilização das TIC's

Diversas foram as estratégias encontradas e utilizadas pelos profissionais dos serviços de saúde para produzir cuidado em um contexto em que houve a interdição do encontro presencial entre usuário e profissional a fim de impedir a transmissão do novo coronavírus.

Observou-se que o conjunto de experiências apresentou similaridades quanto aos meios utilizados para operacionalização do processo de trabalho na APS e os objetivos a serem alcançados.

No estudo relatado por Silva e colaboradores (2021), com o objetivo de superar as atuais dificuldades enfrentadas pelos setores da educação e saúde, com foco na integração ensino-serviço-comunidade e construção de habilidades que fortaleçam o Sistema Único de Saúde (SUS), uma instituição do Sul do Brasil estruturou fluxo do telemonitoramento dos casos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

suspeitos ou confirmados para o Sars-CoV-2, por meio do uso das tecnologias de informação e comunicação no ensino e na pesquisa e apresentou uma oportunidade para a transformação da formação profissional, vislumbrando um novo horizonte tecnológico a ser trilhado na assistência à saúde. Como produto da atividade, foi desenvolvido um roteiro contendo questões e orientações pautadas nas condutas preconizadas pelos órgãos de saúde, além de, a elaboração de Planilhas Google com compartilhamento via drive dos cinco Centros de Saúde eleitos para a pesquisa, os quais apresentavam elevados números de casos.

Na Itália, Lopes *et al.* (2020) destaca que a elaboração do modelo de orientação italiano para atendimento dos pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 está fortemente relacionado a assistência do médico clínico geral, o qual monitora por meio de telefonemas ou consultas por vídeo os sintomas e critérios epidemiológicos apresentados pelos pacientes, bem como verifica a adesão às medidas preventivas, identifica casos suspeitos e orienta isolamento domiciliar juntamente com seus contactantes intradomiciliares. No caso de pacientes sintomáticos é realizada uma triagem telefônica que permite avaliar a gravidade dos sintomas, a presença de comorbidades e fatores de risco importantes. Se necessário, é realizado o contato e acionamento das Unidades de Continuidade de Cuidados Especiais (USCA) ou encaminhamento do paciente para atendimento hospitalar.

Os resultados do estudo de Han *et al.* (2020) apontam que, as consultas remotas realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde apresentaram uma taxa de prescrição mais alta do que as consultas realizadas presencialmente, representando uma preocupação em virtude do processo de medicalização e da produção de uma assistência voltada quase que exclusivamente para o aspecto prescritivo, sumário e normativo deste encontro, assim faz-se necessário a parcimônia e a cautela na produção dos atos assistenciais.

O autor refere ainda que ensaios randomizados são necessários para formulação de políticas públicas mais efetivas no contexto das TIC's e que esse tipo de pesquisa deve ser uma prioridade, uma vez que a consulta remota deverá permanecer como uma estratégia de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

atendimento na Atenção Básica a longo prazo, como consequência inevitável da pandemia global COVID-19.

Em busca de fortalecer e melhorar a qualidade do atendimento da Atenção Primária à Saúde em tempos de pandemia e seguindo as portarias editadas por Órgãos Nacionais, uma estratégia adotada pela Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul, intercalou as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde de monitoramento entre presencial e remoto aos pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 que são de menor risco a cada 48 horas e priorizou as pessoas de maior risco a cada 24 horas, até completar 14 dias do início dos sintomas (MACIEL, 2020).

No Reino Unido, os clínicos gerais foram aconselhados a usar consultas remotas sempre que possível para proteger pacientes e funcionários e o Sistema Nacional de Saúde Britânico publicou orientações sobre o estabelecimento de um modelo remoto de "triagem total" por meio de consultas online. Nesse mesmo artigo, constatou-se um número maior de prescrições de antibióticos nas consultas remotas em relação às consultas presenciais, tornando-se algo preocupante (PARKER, 2020).

## **Núcleo 2: Importância das parcerias intersetoriais**

Silva *et al.* (2021) apresentou uma experiência pioneira do telemonitoramento dos casos suspeitos ou confirmados do novo coronavírus, realizada no sul do Brasil, realizada por meio de parceria entre uma Instituição de Ensino Superior (IES) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) expressa por uma nova forma de atendimento capaz de proporcionar aos acadêmicos noções clínicas, observação e análise do contexto de saúde e a implementação de ferramentas de gestão, além de constituir uma fonte de apoio segura e resolutiva aos usuários que buscavam pelos serviços de saúde.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Embora o modelo Italiano para gestão dos pacientes suspeitos ou confirmados da COVID-19 implemente ações remotas com foco nas atividades e manejo clínico dos médicos, no que diz respeito a parceria entre a Sociedade de Medicina Geral Italiana e as Unidades de Continuidades de Cuidados Especiais, instituída durante a atual pandemia, está direcionada às ações do monitoramento presencial aos pacientes que não podem ser tratados remotamente (LOPES *et al.*, 2020).

Para Chen *et al.* (2020) governos democráticos que envolvem ativamente os cidadãos em suas pautas públicas, além de empoderar os sujeitos como partícipes ativos dos processos decisórios amplia as relações de confiança, cooperação e responsabilidade entre a população e o Estado, consolidando a transparência na formulação de políticas públicas e de tomadas de decisões mais justas, voltadas para a necessidades locais e transparentes.

## **Considerações finais**

Com a produção desta revisão foi possível observar em um maior número de publicações as atividades de telemonitoramento realizadas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao novo coronavírus e a potencialidade deste nível de atenção enquanto coordenador ou ordenador do cuidado em diminuir a sobrecarga da urgência/emergência, do atendimento hospitalar de baixa complexidade, bem como proteção e segura dos profissionais e pacientes.

Entre as atividades apresentadas nos estudos elencados, pode-se depreender a construção e implementação do fluxo do telemonitoramento para os casos suspeitos ou confirmados da COVID-19; Elaboração de planilhas no *Google*, compartilhado entre unidades; Elaboração de um modelo de orientação para atendimento dos profissionais médicos inseridos nas Unidades de Saúde, por meio de telefonemas ou vídeo chamadas, aos pacientes suspeitos ou confirmados para o novo coronavírus. Ressalta-se ainda que as parcerias com instituições de ensino superior



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

potencializam a integração ensino-serviço e permitiram a criação de novas ferramentas de trabalho.

Embora essa discussão ainda mereça um maior aprofundamento sobre estas e outras questões, pode-se concluir que a pandemia COVID-19 vem demandando novas reorganizações dos processos de trabalho, desvelando as desigualdades território-sociais, digitais, de distribuição de renda como uma das principais barreiras para implementação das TICs e ratifica a importância dos investimentos em recursos humanos e infraestrutura. Apesar de alguns estudos apontarem que as inserções de atividades mediadas pelas TICs melhoraram a eficiência e efetividade do trabalho, outros retrataram a insuficiência de evidências sobre os reais impactos nos resultados das ações de telemonitoramento, teleatendimento e teleorientações relacionadas à acessibilidade e qualidade dos serviços e do cuidado.

## Referências

BEAUNOYER, Elisabeth; DUPÉRE, Sophie; GUITTON, Matthieu J. **COVID-19 and digital inequalities: Reciprocal impacts and mitigation strategies**. Computers in Human Behavior. 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/341303102\\_COVID-19\\_and\\_digital\\_inequalities\\_Reciprocal\\_impacts\\_and\\_mitigation\\_strategies/link/5fe001a9299bf140882f88a8/download](https://www.researchgate.net/publication/341303102_COVID-19_and_digital_inequalities_Reciprocal_impacts_and_mitigation_strategies/link/5fe001a9299bf140882f88a8/download). Acesso em: 10 de mai. de 2021.

BRASIL. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510\\_07\\_04\\_2016.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html) Acesso 23 mai 2021. Acesso em: 10 de mai. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Saúde Digital?** 2020. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-digital> . Acesso em: 10 de mai. de 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério das Comunicações. **IBGE**. 2021. Pesquisa mostra que 82,7% dos domicílios brasileiros têm acesso à internet. Disponível em [https://www.gov.br/mcom/pt-br/noticias/2021/abril/pesquisa-mostra-que-82-7-dos-domicilios-brasileiros-tem-acesso-a-internet#:~:text=Em%202019%2C%20entre%20as%20183,estudantes%20\(75%2C8%25\)](https://www.gov.br/mcom/pt-br/noticias/2021/abril/pesquisa-mostra-que-82-7-dos-domicilios-brasileiros-tem-acesso-a-internet#:~:text=Em%202019%2C%20entre%20as%20183,estudantes%20(75%2C8%25).). Acesso em: 15 de mai. de 2021.

CELUPPI, Ianka C.; LIMA, Geovana S.; ROSSI, Elaine; WAZLAWICK, Raul S.; DALMARCO, Eduardo M. 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*, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00243220>. Acesso em: 15 de mai. de 2021.

CHEN, Qiang; MIN, Chen; ZHANG, Wei; WANG, Ge; MA, Xiaoyue; EVANS, Richard. **Unpacking the black box**: How to promote citizen engagement through government social media during the COVID-19 crisis. *Computers in Human Behavior*, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340592315\\_Unpacking\\_the\\_black\\_box\\_How\\_to\\_promote\\_citizen\\_engagement\\_through\\_government\\_social\\_media\\_during\\_the\\_COVID-19\\_crisis/link/5e95008292851c2f529f364b/download](https://www.researchgate.net/publication/340592315_Unpacking_the_black_box_How_to_promote_citizen_engagement_through_government_social_media_during_the_COVID-19_crisis/link/5e95008292851c2f529f364b/download). Acesso em: 15 de mai. de 2021.

COELHO, Akeni L.; MORAIS, Indyara de A.; ROSA, Weverton V. da S. A utilização de tecnologias da informação em saúde para o enfrentamento da pandemia do Covid-19 no Brasil. *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*, Brasília, v. 9, n. 3, p. 183-199, 2020. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/709>. Acesso em: 10 de mai. de 2021.

CROSSETTI, Maria da Graça O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS) Vol. 33, n. 2, p. 8-13, 2012. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/94920/000857666.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 10 de mai. de 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

DUNLOP, Catarina; HOWE, Amanda; LI, Donald; LUKE, Allen. **The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response.** 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>. Acesso em: 10 de mai. de 2021.

HAN, Seung M.; GREENFIELD, Geva; MAJEED A.; HAYHOE, Benedict. Impact of Remote Consultations on Antibiotic Prescribing in Primary Health Care: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, vol 22, n. 11, 2020. Disponível em: <https://www.jmir.org/2020/11/e23482/> Acesso em: 15 de mai. de 2021.

IPEA. Centro de Pesquisa em Ciência, Tecnologia e Sociedade. **Novas tecnologias e normatização ampliam espaço para Telessaúde no Brasil.** 2021. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/227-novas-tecnologias-e-normatizacao-ampliam-espaco-para-telessaude-no-brasil> . Acesso em:15 de mai. de 2021.

LOPES, Noemi; VERNUCCIO, Federica; COSTANTINO, Cláudio; IMBURGIA, Cláudia; GREGORETTI, Cesare; SALOMONE, Salvatore; DRAGO, Filippo; LO BIANCO, Giuliano. An Italian Guidance Model for the Management of Suspected or Confirmed COVID-19 Patients in the Primary Care Setting. **Frontiers Public Health**, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.572042> Acesso em:15 de mai. de 2021.

MACIEL, Fernanda B.M.; SANTOS, Hebert L.P.C.D.; CARNEIRO, Raquel A.D.S.; SOUZA, Eliana A.; PRADO, Nília M.B.L.; TEIXEIRA, Carmen F.S. **Agentes Comunitários de Saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19.** Ciência & Saúde Coletiva. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020> Acesso em: 15 de mai. de 2021.

PARKER, Ruth F.; FIGURAS, Emma L.; PADDISON, Chartlotte A.; MATHESON, James I, BLANE, David N; FORD, John A. **Inequalities in general practice remote consultations: a systematic review.** British Journal of General Practice, 2021 Jun 30. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0040> Acesso em: 15 de mai. de 2021.

REDWOOD-CAMPBELL L; ABRAHAMS J. **Primary Health care and Disasters—The Current State of the Literature: What We Know, Gaps and Next Steps,** 2011. Prehospital





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

and Disaster Medicine, p. 184–191, Disponível em:  
<https://doi.org/10.1017/S1049023X11006388> Acesso em: 15 de mai. de 2021.

SILVA, Clarissa B.; TRINDADE, Letícia L.; KOLHS, Marta; BARIMACKER, Saionara Vitória; SCHACHT, Lígia; BORDIGNON, Micheli. **Implementation of COVID-19 telemonitoring:** repercussions in nursing academic education. Revista Gaúcha Enfermagem. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200395> Acesso em: 10 de mai. de 2021.

SOUZA, Marcela T.; SILVA, Michelly D.; CARVALHO, Rachel. **Revisão integrativa:** o que é e como fazer. Einstein (São Paulo), 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134> Acesso em: 10 de mai. de 2021.

VIDAL-ALABALL *et al.* **Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic.** Revista **Atención Primaria.** Espanha. 2020. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-telemedicine-in-face-covid-19-pandemic-S0212656720301268es>) Acesso em: 15 de mai. de 2021.

WHO. World Health Organization. **Maintaining essential health services:** operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332240>. Acesso em: 15 de mai. de 2021.

WU, Zunyou; MCGOOGAN, Jennifer M. **Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China:** summary of a report of 72314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. doi:10.1001/jama.2020.2648 JAMA Network, 2020.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**A JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE:** importância da abordagem interdisciplinar com os atores envolvidos neste processo.

Zilda Cristina dos Santos<sup>1</sup>  
Agnaldo de Sousa Barbosa<sup>2</sup>

**Resumo:** A judicialização da saúde é um fenômeno em destaque na política de saúde, sobretudo a partir do ano de 2010, com o aumento do número de demandas judiciais, o qual teve consequência o aumento orçamentário com estas demandas. Esta temática em questão faz parte da discussão de uma tese de doutorado que aborda judicialização da saúde com ênfase na oncologia. A oncologia tem relevância nesta discussão tanto pelo alto número de pessoas diagnosticadas, como também por ser uma área da saúde que está em constantes avanços tecnológicos, mas que estes avanços não conseguem alcançar a população empobrecida, as quais predominam no sistema de saúde pública. O objetivo do estudo foi analisar a judicialização da saúde a partir da visão dos atores envolvidos neste processo: usuários, médicos, advogados e assistentes sociais. O estudo aconteceu no período de 2016-2018, em um Hospital Público Federal, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Pesquisa da Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" sob CAAE- 73003317.7.0000.540. A metodologia utilizada foi pesquisa de campo, pesquisa bibliográfica e documental, contou 18 participantes da pesquisa, o instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. Este estudo pautou ainda, na experiência profissional pesquisadora, que atuou diretamente com esta demanda no período de 2012 a 2018. Este estudo evidenciou que as pessoas estão mais conscientes de seus direitos e por isso recorrem à justiça para acessá-los. Evidenciou ainda a importância de uma abordagem interdisciplinar para abordagem desta questão, bem como a necessidade do fortalecimento entre instituições judiciárias e com as instituições de saúde. A judicialização pode ser vista ainda com meio de aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde, que apesar de haver predominância de ações individuais estas quando analisadas no contexto global sinaliza falhas do sistema de saúde pública. O ideal seria não ter necessidade da judicialização da saúde, considerando que os direitos fundamentais como o da saúde estão

<sup>1</sup> Assistente Social, Professora Substituta do Departamento de Saúde Coletiva da UFTM, Doutora em Serviço Social UNESP, Mestre em Ciências da Saúde e Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde pela UFTM. Integrante do Grupo de Pesquisa DeMus-Estudos em Direitos e Mudança Social. e-mail: zilda.psicossocial@gmail.com

<sup>2</sup> Livre-Docente em Sociologia pela UNESP. Docente do Programa de Pós-Graduação em Planejamento e Análise de Políticas Públicas (Mestrado Profissional Interdisciplinar) da Universidade Estadual Paulista - UNESP/Câmpus de Franca, instituição onde também é Professor Associado (MS5-1) e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Líder do Grupo de Pesquisa DeMus-Estudos em Direitos e Mudança Social



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

normatizado na Constituição Federal de 1988, contudo a realidade desmobilização e desconstrução do Sistema Único de Saúde agregada as desigualdades e iniquidades sociais em saúde leva as pessoas judicializar suas demandas de saúde, sendo esta uma das possíveis vias para defender o seu direito à vida. Portanto ao discutir a judicialização da saúde esta deve ser pautada no direito à vida, no respeito à dignidade e a história destas pessoas, ou seja, a discussão não deve apenas sob o viés das cifras gastas neste processo, mas analisar a conjuntura e verificar possíveis ações que possam contribuir para que não aconteça a judicialização pelo simples fato dos gestores não compreender o conceito ampliado de saúde.

**Palavras-chave:** Judicialização da Saúde; Acesso à saúde; Direito à saúde; Serviço Social; Oncologia.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A judicialização da saúde é fenômeno que tem ganhado destaque a partir da década de 2010 devido ao aumento do número de litígios envolvendo a política de saúde. No período de 2008 a 2017, de acordo com estudo realizado pelo INSPER (2019), por encomenda do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), houve aumento de 130% de demandas relativas à saúde. Este número representa, em grande medida, o aumento da consciência das pessoas sobre o seu direito à saúde e em reconhecer o Estado como provedor deste direito, bem como evidencia as falhas dos sistemas de saúde.

A judicialização da saúde pode ser justificada pelo fato do Sistema Único de Saúde ser amplo e complexo, e não conseguir disponibilizar recursos orçamentários para prover a saúde de forma igualitária a todos cidadãos. Por isso, a judicialização da saúde tem que ser analisada a partir dos seus aspectos negativos, tais como prevalência de demandas individuais e impacto orçamentário, e também no ponto de vista positivo que contribui para o aperfeiçoamento da política de saúde (IPEA,2020).

A judicialização envolve diversas temáticas a serem discutidas tais como motivos para litigar, as consequências para a política de saúde, por isso sua importância para a política, o



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

planejamento e gestão em saúde. Discutir judicialização é importante tanto para os serviços de saúde como para os serviços do judiciário pois envolve diversos aspectos que no caso do fornecimento de medicamentos exige-se a comprovação científica, aprovação da ANVISA, eficácia e efetividade comprovada, além de recursos orçamentários disponíveis por parte do Estado (INSPER, 2019).

No caso do câncer, a judicialização evidencia as falhas e precarização do serviço público de saúde, além da pouca estrutura, observam-se falhas em repasses de recursos e tecnologias, uma vez que não conseguem chegar a todos os usuários do SUS. O trabalho interdisciplinar é fundamental na atenção oncológica, o que repercute também no processo de judicialização, visto que este momento para além de envolver os aspectos jurídicos e sociais, envolve também aspectos emocionais.

Este trabalho, é parte do resultado de uma pesquisa a nível de doutorado, que discorreu sobre a "Demandas Judiciais em Saúde de pessoas com doença Onco-Hematológicas: Estudo de caso acerca da efetividade social da judicialização em um Hospital Universitário". O referido estudo partiu da experiência profissional da pesquisadora, enquanto assistente social que atuava diretamente com esta demanda em Hospital Público Federal. Para realização deste estudo foi utilizado a pesquisa de campo, documental e bibliográfica, participaram oito usuários, um assistente social, um profissional do direito e oito médicos.

Buscou-se compreender o processo de efetivação do direito à saúde de pessoas com doença onco-hematológica de um hospital federal de ensino sob a luz dos médicos prescritores, pacientes, famílias, assistentes sociais e advogados.

Portanto, ao analisar a judicialização sob a perspectiva interdisciplinar, verifica-se a importância do diálogo e capacitação contínua, considerando o paciente como ser único dotado de seus direitos sociais e da dignidade humana.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

## **Referencial teórico**

A saúde, enquanto direito de todos e dever do Estado, fundamenta os processos de judicialização, considerando que é um direito positivado pela Constituição Federal de 1988. Este direito está estabelecido em seis importantes artigos da Constituição Federal de 1988, sendo estes: 6º, 196, 197, 198, 199 a 200. Todos esses artigos constitucionais obrigam o Estado a oferecer serviços de saúde dignos e com qualidade, a partir de ações de promoção, prevenção e educação em saúde (CARLOS NETO, 2017).

A não efetivação das políticas públicas, é justificada pela falta de orçamento e de recursos financeiros, fazendo com que, mesmo a pessoa tendo sua causa deferida, no caso da saúde, não seja atendida. Se o Estado não tem recursos financeiros, não realiza a compra do remédio e/ou exame necessário, causando um prejuízo à saúde das pessoas, ao próprio Estado, e contribuindo com o aumento do número de óbitos. O Estado justifica o não atendimento da totalidade dos direitos sociais, com o argumento da falta de recursos.

A partir das escolhas e decisões do gestor público, e do reconhecimento do problema, há um impacto na sistematização orçamentária, entre receita e gastos. Em sua grande maioria, o Estado oferta o serviço, no caso o serviço médico, disponibiliza o médico e o espaço, mas nem sempre disponibiliza os medicamentos, os exames, enfim, o tratamento ideal ao sujeito, ficando este à mercê do mínimo que a política de saúde lhe reserva.

No Brasil, há uma luta política constante para a melhoria de condições de saúde, e assistência médica integral e farmacêutica. Há de se considerar as determinações sociais envolvidas no processo de saúde- doença-cuidado, com destaque as desigualdades sociais e regionais. Aquele que pode pagar, consegue ter acesso aos melhores serviços de saúde, e também da justiça, pois numa ação judicial, o Estado é chamado a custear tratamentos de planos de saúde privados, sob o princípio da universalidade.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A realidade nos mostra que é necessário superar o mínimo oferecido para atenção à saúde. Faz-se necessário cuidar das ações sanitárias, como também da disponibilidade do avanço em tecnologias, para os usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, de forma mais igualitária. Na arena da política de saúde, há diversos conflitos de interesses, envolvendo aspectos econômicos e políticos, resultando na crise da saúde pública. De um lado, os defensores dos princípios do SUS, e do outro, a busca pela privatização dos serviços de saúde pública, influenciados pelo neoliberalismo (OCKE-REIS,2012).

Mesmo a saúde sendo um direito social, afirmado na Constituição Federal de 1988, o acesso a tais serviços vem sendo construído a partir de muita luta e representação popular na organização do financiamento do SUS. Existe um racionamento importante dessa política, pois ações em saúde acontecem de forma fragmentada, e/ou conforme vão aparecendo demandas emergenciais. Desse modo, observa-se que mesmo passados 32 anos dessa política, a universalização do acesso não se concluiu, pois não consegue atender a todos de forma igualitária (OCKE-REIS,2012).

O SUS, que é universal e possuidor de uma política nacional em todos os estados brasileiros, deveria ter seus serviços estruturados de forma igualitária no país. No entanto, há uma discrepância muito grande na oferta de serviços essenciais, conforme cada região. A efetividade da política de saúde depende muito do gestor local, por isso na prática, existem alguns estados que oferecem serviços em uma condição melhor do que os outros. A igualdade e a equidade, são a base da universalidade. Por tal razão, a forma como a política de saúde é executada, contribui ou não, no seu fortalecimento.

Por ser pública e de responsabilidade do Estado, a Política de Saúde segue a lógica e a dinâmica do mesmo, assim sendo, de interesse público, tanto de entidades públicas, como dos setores privados ou sem fins lucrativos. Os serviços de saúde e a doença, são fontes de lucro para o capital, assim como a exploração e a alienação. Essa dicotomia, é representada no benefício do setor privado, ao se utilizar os serviços públicos, a seguir:





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Apesar de a Constituição do Brasil designar que a assistência à saúde é um direito social e que os recursos devem ser alocados com base na necessidade de utilização e não pela capacidade de pagamento, parte dos cidadãos pode ser coberta por planos privados de saúde, e ao mesmo tempo, utilizar os serviços de SUS, resultando na dupla cobertura para aqueles que podem pagar ou podem ser financiados pelos empregadores: trabalhadores de média e altas rendas, executivos ou funcionários públicos. (OCKE-REIS, 2012, p. 23)

O Estado homologou o direito à saúde, admitindo-se a luta social para essa conquista. No entanto, não induziu a democratização dos serviços de saúde, ou seja, há uma continuidade dos profissionais, usuários e instituições, na luta pela efetividade da política de saúde, de forma ininterrupta. Essa luta pelo direito à saúde ainda é fragmentada, onde cada um, ou cada instituição, luta pelas suas particularidades. Não é uma luta voltada para a atenção integral e efetiva de assistência a todas as pessoas, e essa visão limitada da política de saúde, por parte da sociedade, é que enfraquece a efetividade do SUS.

Outro fator que enfraquece o Sistema Único de Saúde, é a criação de planos privados, com assistência médica e odontológica, voltados para a classe média, e também, a brecha na Constituição Federal em seu artigo 199, aduzindo que os serviços privados de saúde podem participar do SUS, de forma complementar. O distanciamento das pessoas do SUS, faz com que elas não lutem por ele, ampliando a imagem negativa disseminada pela mídia na sociedade. Há de se considerar aqui, os serviços de oncologia, por exemplo, que são majoritariamente custeados pelo SUS, devido ao alto custo do tratamento.

O financiamento da política de saúde foi criado pela Constituição Federal de 1988, com o Orçamento da Seguridade Social – OSS. Tal orçamento custeia a política de saúde, previdência social e assistência social, sendo financiado por toda sociedade (empresas e empregadores). O OSS indica 30% dos tributos para a saúde, no entanto, justificada pelas longas crises econômicas, essa porcentagem vem sendo cada vez mais reduzida. A atual política fiscal restringe o gasto com a saúde pública no Brasil, bloqueando o aumento de despesas na saúde por 20 anos, sob a afirmativa de controle indiscriminado de gastos (OCKE-REIS, 2012).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

O financiamento da saúde pública, e o aumento com gastos de suas prestações, é essencial para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e outras tecnologias, pois o acesso universal depende do financiamento do Estado para garanti-lo. Existe uma racionalização econômica perversa em detrimento do direito à vida e à dignidade humana. Na maioria das vezes, o processo de adoecimento não pode esperar um movimento social, uma licitação ou um momento de redução de orçamento. A saúde tem causas urgentes, como por exemplo, as doenças oncológicas e/ou raras, que precisam de uma política de saúde mais efetiva e imediata. As ações de prevenção e de promoção à saúde são essenciais, e se constituem em uma forma de acesso à cidadania, pois as atividades físicas e a alimentação saudável, também são direitos sociais, afirmados na Constituição Federal.

A visão reduzida da saúde pública, é desfavorável para a luta de sua emancipação, refletindo-se nos casos em que os gestores da política de saúde compreendem, que as doenças graves limitando as pessoas, precisam de mais atenção das políticas públicas do que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Essas, apesar do alto índice, são de fácil tratamento quando comparadas às doenças graves. Isso evidencia serviços de saúde pública, voltados para atender as demandas da economia e do mercado de trabalho, sob uma lógica neoliberal. Ao ser comparado com outros países do mundo, o Brasil, em 2003, foi o país que menos investiu seu Produto Interno Bruto (PIB) na saúde, mesmo tendo um Sistema de Saúde Pública de referência mundial (OCKE-REIS, 2012).

No conjunto das políticas sociais, conferir a estabilidade ao financiamento da saúde tem sido um dos principais eixos de luta dos partidos progressistas dos movimentos sociais, dos gestores do Sistema Único de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a começar pelas disposições transitórias da Constituição Federal, promulgada em 1988, segundo os quais o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social (OSS) seria destinado ao setor de saúde, excluído o seguro desemprego, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentária (LDO). (OCKE-REIS, 2012, p. 37).

O ideal orçamentário para a política de saúde pública, é que ela passe por constantes avaliações, e que nessas avaliações, sejam consideradas a realidade prática, e a participação social, mediada



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

pelos conselhos e conferências de saúde. É importante salientar aqui, a necessidade de avaliar os protocolos de tratamento definidos pelos SUS, para verificar a sua eficácia e efetividade, bem como para a inclusão de novas tecnologias/terapias na abordagem de uma dada determinada doença. A política de saúde não deve ser definida apenas a partir de determinações econômicas, pois se assim for, a vida estará tendo preço, diga-se de passagem, limitado por classe social, o que é inconstitucional pelo ordenamento jurídico brasileiro.

É importante considerar, no processo de judicialização, o lado mercadológico da saúde, lucros e benefícios que o capital obtém, com altos custos dos tratamentos, ou não tratamentos, e com as doenças. Ladeira (2018), na análise da Política de Saúde contemporânea, considera que o Complexo Econômico Industrial da Saúde – (CEIS), que abrange o conjunto de setores liderados pela indústria farmacêutica, se encontra articulado com os prestadores de serviços de saúde, em toda a extensão de sua cadeia produtiva.

Para a compreensão da postura ética e política, é necessário um olhar crítico das exigências do capital na área da saúde. “A mercantilização da saúde, portanto, consolida-se como tendência à estratégia de valorização do capital. Fato que compromete as possibilidades de direcionamento das políticas em questão, de acordo com as necessidades sociais”. (LADEIRA, 2018, p. 30)

Os avanços nas tecnologias em saúde no Brasil crescem, sobretudo, com o apoio e o custeio do Estado, mas o produto final não chega ao usuário do SUS de uma forma fácil. Para requisição de um tratamento de primeira linha<sup>3</sup>, o usuário deve ter utilizado o mínimo ofertado pelo SUS, e ter atestado pelo seu médico a não eficácia do mesmo.

A dificuldade de acesso do usuário, em razão do excesso de burocracia, e políticas internas, ferem os princípios da universalidade e integralidade do SUS, além de representar, para os profissionais de saúde, perda e flexibilização dos seus direitos, tais como a reforma da previdência, desvalorização salarial, desmoralização da sua função e submissão às formas de

---

<sup>3</sup> Nome dado a tratamentos com os melhores medicamentos e por isso custo muito alto. Normalmente produtos importados ou que apenas um laboratório produz, permitindo que não se use a licitação para o custeio.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

gestão privada, representando uma estratégia do capital, vez que a área da saúde, é um setor público gerador de riqueza (DRUCK, 2016).

O Projeto Reforma Sanitária, concretizado pelo SUS, fica ameaçado a partir dos anos 1990, com a criação da política de ajustes, que tem como tendência a contenção dos gastos, com racionalização da oferta e a descentralização da isenção de responsabilidade do Estado. Nessa lógica, o Estado garante o mínimo para quem não pode pagar, e aos "cidadãos consumidores", incentiva a aquisição de serviços de saúde dos setores privados, materializados pelos planos de saúde.

Nesses 32 anos de Sistema Único de Saúde assistimos, de um lado, as conquistas de um sistema público que gera saúde, cura e previne, bem como relatos de experiências onde o SUS é efetivo, como exemplo, a proteção vacinal do nosso país, transplante de órgãos e tratamento para pessoas com HIV. Por outro lado, a corrente neoliberal, de cunho político e econômico, luta pela sua desestruturação e privatização, sob fundamento de que o Estado não consegue atender toda a demanda advinda da área da saúde.

O direito à saúde é amplo e complexo envolve acesso à consultas, medicamentos, exames, tratamento diversos dentre outros, por isso o entendimento dos profissionais de saúde sobre a política de saúde, e os meios para alcançar sua efetivação, são destaque de equipes multiprofissionais e capacitadas, voltadas para atenção sobre o que é de direito, numa perspectiva humanizada. A luta para efetivação e melhoria dos SUS não depende apenas dos seus usuários, mas também da luta coletiva, envolvendo todos os profissionais e protagonistas que fazem parte desse cenário. É importante salientar que a saúde está em todos os lugares, sendo base para o desenvolvimento social e econômico, e que o SUS está presente, até mesmo para aquelas pessoas que não se classificam como usuários do sistema.

A Judicialização da Saúde encontra destaque nos debates sobre os impasses da saúde pública, sobretudo no que diz respeito à atenção oncológica. É uma temática discutida entre os profissionais de saúde constantemente, e tema alvo de fóruns, congressos, encontros que





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

abordam a saúde como direito e os desafios da realidade. O ideal seria que não houvesse a judicialização, que o SUS por si só realizasse seu trabalho, pois tem aparato legal para isso, em alguns estados como o da Bahia existe as Câmara de Conciliação de Saúde<sup>4</sup> com objetivo de reduzir os casos evitáveis de judicialização da saúde (INSPER, 2019). No entanto, existem várias barreiras para que o mesmo se consolide, dentre elas, o entendimento dos gestores e capacitação dos profissionais sobre a política de saúde e seu alcance.

## **Método**

Trata-se de um breve relato de uma pesquisa a nível de doutorado, que utilizou-se de método qualitativo com o objetivo de compreender o processo pela efetivação do direito à saúde, por meio da judicialização de medicamentos, de pessoas com doenças onco-hematológicas de um hospital federal de ensino superior do estado de Minas Gerais, no período de 2016 a 2018. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética Pesquisa da Universidade Estadual Paulista "Júlio Mesquita Filho" sob CAAE- 73003317.7.0000.5408. Utilizou-se na primeira fase uma revisão bibliográfica sobre o tema com o intuito de proporcionar a atualização e ampliação dos aportes teóricos da pesquisa a partir dos seguintes descritores: judicialização da saúde por medicamentos; acesso a serviços oncológicos no SUS; doenças onco-hematológicas; política nacional de atenção oncológica. Na segunda fase foram aplicadas entrevistas semiestruturadas entre os atores, participaram: oito médicos prescritores, um (a) assistente social, um (a) profissional do direito, oito usuários totalizando 18 participantes.

## **Resultados e discussão**

---

<sup>4</sup> Criada em 2016 é convênio entre o Tribunal de Justiça, governo de estado, Prefeitura de Salvador, Procuradoria Geral do Estado, Ministério Público do Estado e Defensorias Públicas do Estado e da União.(INSPER, 2019,p. 90)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A Política de Atenção Oncológica assim como a política de saúde está em constante aperfeiçoamento e em busca de melhorias para seus usuários, o grande número de judicialização na atenção oncológica mostra os pontos que não estão dando certo e também evidencia as desigualdades em saúde. Há de considerar que as diversas Associações em defesa da pessoa com doença oncológica ainda não conseguem alcançar toda a demanda do país e por isso também estão fragilizadas na luta pela melhoria da atenção oncológica.

A judicialização da saúde não pode ser vista apenas como onerosa e prejudicial à agenda política, ela deve ser considerada um alerta ao Estado sobre demandas/necessidades sociais. Visto que a judicialização acontece em escala nacional, e que requer posicionamento político por estar se tratando de vidas, e do direito à vida garantido constitucionalmente. O fenômeno judicialização é complexo pois desafia o Estado a realizar fluxos de compras racionais de medicamentos com marca ou em pequena quantidade, e também quando o estado e/ou municípios são condenados a comprar medicamentos e/ou insumos que não são sua competência (INSPER, 2019).

O estudo levou a reflexão de outros aspectos, como o grande desafio para todos profissionais da saúde e pessoas com doença oncológica é que, apesar de o SUS ser um sistema universal, com orientação nacional, existe a fragmentação do sistema, conforme as regiões no país. “O uso de protocolos de outras instituições, inclusive internacionais ou a sua ausência, pode ser indutor, promovendo iniquidades, devido ao fato de não haver padrão de tratamento” (SILVA; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2019, p.12).

Além disso, na mobilização do direito, a judicialização de medicamentos para atender o tratamento de pessoas com doenças onco-hematológicas contribui para a criação de oportunidades para outros processos, ou seja, abre caminhos para outras solicitações à justiça, que nos dizeres de Losekan e Bissoli (2017, p.4) “oportunistam estratégias potenciais que podem ser acionadas nas lutas sociais”.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Assim:

“O direito é mobilizado quando um desejo ou vontade é transformado em uma demanda ou afirmação de direitos”. Mobilizar o direito não é só usar estrategicamente a lei, envolve interações com atores do campo jurídico e implica a constituição de um repertório específico de ação coletiva. A especificidade da mobilização do direito está na construção de um tipo de repertório de ação que atravessa as instituições jurídicas judiciais, evidenciando, assim, a dimensão da juridicidade nas reivindicações sociais em questão. (LOSEKAN; BISSOLI, 2017, p. 4).

No Brasil há um esforço do sistema judiciário em atender as demandas judiciais da saúde com maior prioridade, estruturar melhor, para que se reduza o excesso de burocratização e aumente a efetividade dos processos judiciais. Contudo, ainda não é real o alcance dessa perspectiva de julgar ações coletivas na área da saúde, predominando ações pontuais e, por isso, diferentes pareceres e condutas.

No que diz respeito ao trabalho Inter/multidisciplinar, apesar de o médico ter um saber/poder sobre a doença e a medicação ideal e o advogado ter em saber/poder sobre a lei, é necessário reconhecer outros protagonistas desse processo, dentre eles o usuário (beneficiário) e o assistente social, profissional capaz de compreender a realidade social e direcionar os usuários com base na legislação social. Por isso, o processo de judicialização da saúde deve ser abordado, numa perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar, concernentes aos problemas de saúde, que são reflexo da expressão da questão social (MARQUES et al., 2019).

Enfim a judicialização em saúde vai muito além dos números estatísticos das demandas, cifras orçamentárias, a judicialização em saúde é uma forma das pessoas mostrarem ao Estado, na figura dos gestores e juízes aqui tem uma vida, um cidadão, um chefe de família que devido a uma doença que não pode ser evitável hoje precisa do Estado para sobreviver.

## **Considerações finais**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Trazer essa experiência à tona é contribuir para que as pessoas acreditem no SUS e o defendam. É preciso também superar os interesses mercadológicos, ora vinculados à ideia de judicialização. Como apontado por essa pesquisa, alguns serviços de saúde não acolhem e/ou direcionam os usuários na busca da justiça para efetivação dos seus direitos, diferente do que acontece no cenário pesquisado, onde os profissionais de saúde acolhem e acompanham todo o processo de judicialização, mesmo após a disponibilização da medicação, ou seja, os usuários desse serviço sabem o itinerário para buscar a efetivação de seus direitos.

Nesse contexto, foi importante trabalhar a função coletiva da judicialização, ou seja, mesmo que houvesse o indeferimento, pelo menos foi apresentado ao judiciário, ao Estado, uma demanda real, que precisava da proteção social do Estado. O estudo, apesar de algumas lacunas, advindas de processo de organização da instituição, da não condição de todos poderem participar e de resistências de alguns atores que seriam fundamentais para esse diálogo, mostrou o tanto que é importante e faz a diferença o diálogo entre os profissionais de saúde, os operadores do direito e o usuário na luta pelo direito à saúde.

Há de se considerar aqui que o direito à saúde está vinculado ao direito à vida, e à vida com dignidade, com as condições mínimas para sobrevivência. Vale destacar ainda que é um compromisso ético e profissional tanto dos médicos como dos assistentes sociais a defesa da vida. E é pautado neste compromisso, no fato que a maioria dos profissionais participantes desse estudo acreditam e acreditaram na justiça como meio para alcançar a efetivação do direito à saúde, sendo esta em alguns momentos sua única alternativa para sobreviver.

## Referências

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília-DF: Presidência da República, [2018]. Disponível em: <  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em 20 set. 2018.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

CARLOS NETO, D. **Judicialização da Saúde Pública: Uma análise contextualizada.** Editora Motres: Porto Velho- RO. 2017

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 15-43, Nov. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400015&lng=en&nrm=iso)>.. Acesso em 05 mar. 2020

INSTITUTO DE ENSINO E PESQUISA (INSPER). **Judicialização da Saúde no Brasil: perfil das demandas, causas e propostas de solução.** Relatório Analítico Propositivo, Justiça Pesquisa. Conselho Nacional de Justiça, 2019. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/07/JUDICIALIZAC%CC%A7A%CC%83O-DA-SAU%CC%81DE-NO-BRASIL.pdf> Acesso em 10 mar. 2021.

IPEA. **Direito à Saúde no Brasil: seus contornos, judicialização e a necessidade da macrojustiça.** Texto para discussão, RJ: IPEA, mar. 2020. Disponível em: <[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td\\_2547.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2547.pdf)> Acesso em 10 mar. 2021.

LADEIRA, S.C.G. Requisições do capital no complexo econômico- industrial da saúde no Brasil. In: **Serviço Social e Política de Saúde: ensaios sobre o trabalho e formação de profissionais.** Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2018

LOSEKANN, C.; BISSOLI, L. D. Direito, mobilização social e mudança institucional. **Rev. bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 32, n. 94, e329403, 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092017000200505&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092017000200505&lng=en&nrm=iso)> . Acesso em 09 de mar. 2021. Epub, 15 de maio de 2017. <http://dx.doi.org/10.17666/329403/2017>.

MARQUES, A; ROCHA, C; ASENSI, F; MONNERAT, D. M. Judicialização da saúde e medicalização: uma análise das orientações do Conselho Nacional de Justiça. **Revista Estudos Avançados**, 2019. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142019000100217](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142019000100217)>. Acesso em: 10 mar 2020.

OCKE-REIS, C.O. **SUS: o desafio de ser único.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

SILVA, M. J. S.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Organização e práticas da assistência farmacêutica em oncologia no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Interface (Botucatu)**,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Botucatu , v. 23, e180297, 2019 . Disponível em . Acesso em 09 fev. 2021. Epub 30-Maio2019.  
<https://doi.org/10.1590/interface.180297>





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS: Proposta de  
Implantação da Linha de Cuidado no Município de Porto Alegre/RS, Brasil**

Rosangela Barbiani<sup>1</sup>  
Betina Berlitz<sup>2</sup>  
Taiana Beltrame Miguel<sup>3</sup>  
Glenda Sabio Garcia<sup>4</sup>  
Mariana Ramalho Rodrigues<sup>5</sup>  
Rosana Menezes<sup>6</sup>

**Resumo:** Este projeto desenvolveu proposta interinstitucional de pesquisa aplicada/estratégica com o objetivo de formulação da Linha de Cuidado à saúde integral de adolescentes e jovens (AJ) no município de Porto Alegre/RS. Para tanto, considerou-se a convergência de propósitos entre as instâncias gestoras (Secretaria Estadual da Saúde - SES e Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – SMS/POA) e acadêmicas (Universidade de Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS e Universidade Federal de Santa Maria -UFSM). Trata-se de pesquisa de abordagem qualitativa e participante, operacionalizada em três fases, sendo a primeira denominada análise situacional, a qual mapeou e sistematizou os principais indicadores de saúde da população adolescente e jovem, bem como as informações e ações em curso no âmbito da rede de saúde. A segunda fase da pesquisa abrangeu sete grupos focais com 76 representantes das regiões distritais da rede de atenção básica de saúde (coordenação, profissionais, agentes comunitários de saúde), das escolas de ensino fundamental e médio, adolescentes, jovens e lideranças locais de saúde e com as equipes das redes de urgência e emergência e atendimento

<sup>1</sup> Doutora em Educação, Grupo de Pesquisa Indicadores de Saúde de Adolescentes e Jovens. Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Brasil, [barbiani@unisinis.br](mailto:barbiani@unisinis.br)

<sup>2</sup> Mestre Saúde Coletiva, Grupo de Pesquisa Indicadores de Saúde de Adolescentes e Jovens. Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Brasil

<sup>3</sup> Mestre em Enfermagem, Grupo de Pesquisa Indicadores de Saúde de Adolescentes e Jovens. Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Brasil

<sup>4</sup> Acadêmica Enfermagem, Grupo de Pesquisa Indicadores de Saúde de Adolescentes e Jovens. Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Brasil

<sup>5</sup> Assistente Social, Residente Programa Multiprofissional em Saúde, Grupo de Pesquisa Indicadores de Saúde de Adolescentes e Jovens. Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Brasil

<sup>6</sup> Designer, Programa Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Vale do Rio dos Sinos/UNISINOS, Porto Alegre, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

hospitalar. Nessa fase, procurou-se identificar as necessidades de saúde da população (AJ) na ótica de diferentes atores e níveis de atenção. A metodologia de análise de conteúdo do tipo temática foi utilizada para a interpretação final dos dados, cujos resultados embasaram o desenvolvimento dos produtos da pesquisa. A terceira fase da pesquisa consistiu na proposição da Linha de Cuidado (LC) e no desenvolvimento de um kit educativo para sua divulgação e implantação. Para a elaboração desses dispositivos, as evidências produzidas em campo foram analisadas à luz dos parâmetros programáticos estaduais, nacionais e internacionais e foram submetidas à avaliação pelos participantes da pesquisa e à validação por experts e gestores da SMS. Não obstante os avanços de Porto Alegre no monitoramento aos principais agravos/eventos de morbimortalidade entre AJ – homicídios, violências, sofrimento psicológico e infecções sexualmente transmissíveis – sabe-se que eles representam os principais desafios à atenção integral, demandando pautas e agendas intersetoriais para sua discussão, no âmbito da gestão, da educação permanente e da atenção na rede de saúde em todos seus níveis. Ações de educação em saúde sexual e reprodutiva, de promoção da cultura de paz e da prevenção de violências e acidentes, assim como a expansão e o fortalecimento da rede de saúde mental, com a devida capilaridade nos territórios, por meio da coordenação da atenção primária, são iniciativas que podem ter impacto positivo na prevenção e redução desses agravos. A pesquisa foi financiada pelo Edital PPSUS/MS/CNPq/FAPERGS/SES/RS/2017.

**Palavras-chave:** Saúde; Adolescentes; Jovens; Educação em Saúde; Saúde Pública.

**Eixo Temático Nº 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A população de uma nação representa seu maior patrimônio. Essa assertiva deflagra uma contradição contemporânea denominada transição demográfica, que a passos largos se despede do “bônus demográfico”, isto é, do período de ápice da prevalência da população em idade ativa. A cada ano, diminuem os nascimentos, aumenta a expectativa de vida e o fator de desequilíbrio da equação é o aumento da incidência das mortes prematuras e evitáveis da população adolescente (10-19 anos) (WHO, 1986; BRASIL, 2010a), e jovem (20-24) (BRASIL, 2010a). No Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre, essa tendência também se



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

reproduz. Em 2010, adolescentes e jovens (AJ) representavam 22,8% da população de Porto Alegre (1.409.351 habitantes, segundo o IBGE), ao passo que em 2015 esse percentual baixou para 20,07%. Na série histórica de 2011 a 2016, as causas externas foram responsáveis por 75,49% (1833) dos óbitos entre adolescentes e jovens. Nesse período, houve crescimento de 69% desse grupo de causas, sendo o homicídio o líder do ranking com 1438 (78,45%) dos registros, seguido pelos acidentes de transporte com 184 (10,04%) e os suicídios com 79 (4,31%). A incidência de infecções sexualmente transmissíveis, assim como as notificações de HIV/Aids aumentaram consideravelmente no município de Porto Alegre, especialmente atingindo a população jovem (MARQUES, 2018).

Esse cenário se agudiza na associação com outros fatores como baixa escolaridade, evasão escolar, inserção precária no mundo do trabalho, consumo abusivo de álcool e outras drogas, exposição à violência e acidentes, prática sexual desprotegida. Em geral, a soma de tais fatores expõe um quadro de iniquidades decorrentes das desigualdades de renda, raça/etnia, gênero, orientação sexual, identidade de gênero e territorialidade.

O conjunto desses determinantes e o preocupante cenário que desvela apontam para outra contradição de ordem programática. AJ, por serem consideradas pessoas saudáveis, não têm atenção específica à saúde, a não ser na saúde reprodutiva (BRASIL, 2010b). Hoje, no entanto, as condições de saúde de adolescentes e jovens e de sua representação demográfica denunciam sua vulnerabilidade, exigindo um olhar integral e alargado para o horizonte de políticas que efetivamente os cuidem e os protejam. Acena-se, portanto, para o reconhecimento do dever do Estado e da sociedade no cuidado dessa população, a partir de uma perspectiva inversa à predominante: é preciso notar a adolescência como a fase do desenvolvimento humano mais saudável da vida e o melhor momento para investir em esforços de proteção e promoção da saúde (BRASIL, 2017).

No bojo desses pressupostos se insere o presente projeto, que reuniu pesquisa e intervenção na proposição de diretrizes clínicas capazes de orientar decisões assistenciais, de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

prevenção e promoção, de organização dos serviços voltados ao público AJ, sob forma de Linha de Cuidado (LC) (FRANCO; MAGALHÃES, 2003). A construção de LC no Sistema Único de Saúde visa a coordenação da atenção ao longo do contínuo assistencial, por meio da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais (BRASIL, 2010c).

Este artigo sistematiza o processo de investigação e seus principais achados, denominados análise situacional, objetivando disseminar o conhecimento e fomentar a replicação da experiência em outros municípios e regiões.

## **Método**

Trata-se de pesquisa aplicada/estratégica, de abordagem qualitativa (FLICK, 2004), orientada pelos princípios metodológicos do planejamento estratégico situacional (CARNEIRO; FORSTER; FERREIRA, 2014; MATUS; TESTA, 1992). Essa perspectiva pressupõe processos participativos e aproxima-se do modelo analítico bottom-up que valoriza elementos dos contextos de ação nos quais a política será implementada. Desse modo, entende-se que todos os agentes envolvidos no processo detêm conhecimento das situações locais e podem adaptar o plano a elas (RIEG; ARAÚJO FILHO, 2003; LIMA; D'ASCENZI, 2013).

A pesquisa foi operacionalizada em três fases: a primeira, denominada análise situacional, mapeou e sistematizou os principais indicadores de saúde da população adolescente e jovem, informações e ações em curso no âmbito da rede de saúde. As variáveis mortalidade, violências e gravidez na adolescência foram analisadas por meio de estudo ecológico descritivo da distribuição das ocorrências e da caracterização do perfil sociodemográfico e epidemiológico, na série histórica de 2010-2018. A população AJ foi classificada em três subgrupos etários de 10 a 14 anos, 15 a 19 anos e 20 a 24 anos. Os dados foram desagregados por distrito sanitário de saúde.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A segunda fase da Pesquisa objetivou conhecer a realidade por meio dos sujeitos envolvidos, in loco, onde transitam necessidades cotidianas e respostas da rede de atendimento. Foi desenvolvida na rede de atenção primária, secundária e terciária. Utilizando como instrumento o grupo focal (BARBOUR, 2009), o objeto de discussão foram os resultados da primeira fase, com vistas ao desenho da Linha de Cuidado. Objetivou-se compreender, ainda, com os grupos focais e a partir da perspectiva dos atores sociais envolvidos no processo, a realidade dos serviços de saúde, suas principais demandas considerando as necessidades de saúde da população AJ e o contexto social em que esses se situam. Como estratégia de discussão foram apresentados a LC elaborada pela Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA/RS) (RIO GRANDE DO SUL, 2010) e material educativo veiculado pelo MS. Desenvolveu-se, ainda, materiais disparadores com imagens, ícones e linguagem adequadas ao público adolescente e jovem, com vistas a facilitar o diálogo entre os participantes.

Na rede de atenção básica, foram realizados grupos focais com a média de dez participantes em seis das oito regiões distritais de saúde. Em visita prévia às Gerências Distritais, foram esclarecidos os objetivos do grupo focal, bem como os critérios de sua composição e as estratégias de convite à participação. Os critérios de inclusão foram: indicação de cinco representantes da rede de saúde local, contemplando coordenação, profissionais, agentes comunitários de saúde que atuem no local por, no mínimo, dois anos; indicação de sete participantes representantes do território, contemplando dois adolescentes (10- 19 anos), dois jovens (20-24 anos), lideranças locais e das escolas de ensino fundamental e médio; participantes do Programa Saúde na Escola que morassem e/ou trabalhassem na comunidade por, no mínimo, dois anos. Um último grupo focal foi realizado com as equipes da atenção especializada (redes de urgência, emergência e atendimento hospitalar, serviços especializados violências, ISTs) cujo encontro foi centralizado no Hospital da Secretaria Municipal de Saúde





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

(SMS). Os critérios de inclusão foram: indicação de até cinco profissionais de cada uma das redes que tivessem, no mínimo, dois anos de trabalho nas respectivas equipes de saúde.

A terceira fase da pesquisa consistiu na proposição da LC e no desenvolvimento de um kit educativo para sua divulgação e implantação, com base na produção dos dados quanti e qualitativos.

A metodologia de análise utilizada foi a análise de conteúdo do tipo temática (JOVCHELOVITCH; BAUER, 2005).

A Pesquisa observou os aspectos éticos preconizados para as pesquisas com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), obtendo sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP Unisinos, sob o número 2.171.093 e no CEP da SMS sob o número 2.878.070.

## **Resultados e discussão**

Do conjunto dos indicadores quantitativos, um panorama geral sobre a mortalidade da população adolescente e jovem porto-alegrense foi desenvolvido, revelando a precocidade das mortes. Dos 3.548 óbitos de AJ, 52,50% corresponderam ao estrato etário jovem e 47,43% ao estrato etário adolescente. Deste universo, os homens (82,10%) foram as principais vítimas e as causas externas obtiveram a precedência em relação a todas as outras. Deste retrato, derivaram-se especificidades geracionais, de gênero, raciais e sociais.

Quanto às características sociodemográficas o perfil geral das vítimas é formado por adolescentes e jovens com baixa escolaridade, não estudantes, trabalhadores em ocupações informais ou de baixa remuneração, com percentual significativo de negros, corroborando com achados de outros estudos (ROSA, 2018). Essas características demonstraram os piores desempenhos no perfil das vítimas de homicídio, onde identificou-se o maior percentual de óbitos de jovens (52%), homens (92,49%) negros (42,16%), com os menores anos de estudo (11,78% até 3 anos e 47,3% de 04 até 07 anos) e com o menor percentual de declarados



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

estudantes (14,05%), em comparação aos demais agravos. Ressalta-se neste perfil, a precocidade das vítimas adolescentes assassinadas, que representaram quase a metade (48%) dos óbitos da população em estudo.

Em relação às violências, na amostra estudada, a maioria das notificações se concentrou entre adolescentes (84,3%) do sexo feminino (73,86%), das quais 45% entre 10-14 anos, desvelando a vulnerabilidade deste estrato populacional em comparação à população jovem adulta e à realidade brasileira. Estudo semelhante foi realizado no Brasil, pelo Ministério da Saúde, no período de 2011 a 2017, revelando 1.460.326 casos notificados no Sinan de violência interpessoal ou autoprovocada. Desse total, foram registradas 219.717 (15%) notificações contra crianças e 372.014 (25,%) contra adolescentes, concentrando 40,5% dos casos nesses dois cursos de vida (MORESCHI, 2018).

Na análise da evolução dos tipos de casos notificados na série histórica, emerge um fenômeno contemporâneo que acomete de forma dramática adolescentes e jovens. Ao longo do tempo, em especial a partir de 2016, as violências mais notificadas - sexual, física e psicológica - foram cedendo espaço para uma inflexão significativa das notificações de violência autoprovocada, entre a população masculina e feminina, assumindo, inclusive, a prevalência sobre as demais desde o ano de 2017.

O terceiro recorte investigativo analisou a gravidez de mães adolescentes entre 10 e 19 anos. A gravidez nesse estrato etário é considerada precoce e requer cuidados e monitoramento específicos. Desfechos clínicos e obstétricos desfavoráveis estão associados à gravidez precoce (OPAS, OMS, 2016; BERLITZ *et al*, 2020). Repercussões clínicas e psicológicas somam-se a implicações na ordem da proteção social envolvidas nas gestações precoces, em especial no estrato etário de 10-14 anos, pois há possibilidade de resultarem de violência sexual (UNFPA, 2017; SOUZA *et al*, 2017). Além disso, os impactos de uma gravidez precoce e não planejada são geracionais e afetam as trajetórias de vida das mães e pais adolescentes e seus recém-nascidos, desvelando cenários de vulnerabilidade (BERLITZ *et al*, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A tendência mundial, nacional e estadual de redução da taxa de fecundidade em mulheres jovens também foi uma realidade em Porto Alegre, que em 2018 apresentou a proporção de 10,05% de Nascidos Vivos de mães adolescentes (10-19 anos). Entretanto, a tendência histórica de declínio da gravidez na adolescência se deu de forma desigual, em comparação aos territórios com melhores e piores indicadores sociais, assim como em relação à variável raça-cor. No ano de 2018, das 1.762 mães adolescentes (10-19 anos) 59% (1.040) se autodeclararam brancas; 40,5% (714) negras, o que representa uma porcentagem superior ao encontrado no município de Porto Alegre, o qual apresenta 20,2% da população composta por negros (PORTO ALEGRE, 2017).

Na intersecção da gravidez na adolescência com a saúde sexual e reprodutiva, outros indicadores foram analisados, relativos às infecções sexualmente transmissíveis. À vulnerabilidade de gênero soma-se a geracional, quanto ao panorama da sífilis em gestantes. Em 2018, 21% das gestantes com sífilis eram adolescentes (10-19 anos). Essa tendência se reproduz e mantém-se estável em relação ao indicador sífilis congênita entre as mães adolescentes, que corresponderam a 20,8% dos casos diagnosticados em 2018. Por fim, mas não menos preocupante dada a complexidade da fase de desenvolvimento em questão, do total de casos de partos de gestantes HIV em 2018, 8% foram de mães adolescentes (10-19 anos).

Ressalta-se, ainda que a gravidez precoce (10-14 anos) demanda não só o acompanhamento atento do pré-natal, mas, sobretudo, precisa ser encarada como um evento "sentinela" para a saúde, com ações efetivas e em tempo oportuno, haja vista as vulnerabilidades e riscos envolvidos (violência sexual), desde as circunstâncias em que foi gerada até seus desfechos, considerando a proteção integral das adolescentes, daquelas que se tornarão mães e de seus filhos.

O conjunto desses indicadores foi discutido nos territórios, como um dos tópicos dos Grupos Focais, na segunda fase da pesquisa. Nessa abordagem qualitativa procurou-se



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

identificar as necessidades de saúde da população (AJ) na ótica de diferentes atores, níveis de atenção e das realidades das regiões distritais de saúde.

Foram realizados sete grupos focais com 76 representantes das regiões distritais da rede de atenção básica de saúde (coordenação, profissionais, agentes comunitários de saúde), das escolas de ensino fundamental e médio, adolescentes, jovens e lideranças locais de saúde e com as equipes da rede de atenção especializada.

Apesar das dificuldades de captação do público adolescente e jovem, foi possível ter sua representação em todas as regiões, compondo 37% da amostra, com maior participação de adolescentes.

O trabalho analítico empreendido revelou as necessidades de saúde de AJ sob os diferentes olhares dos participantes, aqui sintetizados sob duas categorias emergentes: acesso e acolhimento e nós críticos da rede de atenção.

No âmbito da Atenção Básica, acesso e acolhimento foram pautados por AJ e adultos (serviços e comunidade) já que existem demandas específicas e não visibilizadas pela rede de saúde.

[...] muitas vezes eles não acessam por falta de informação, por falta do acolhimento, porque ouviu que lá a pessoa não teve o atendimento que gostaria de ter tido, aí ele pensa "não vou lá, tem aquela brava lá, os profissionais bravos" sempre tem... não sabem realmente do seu direito (...) tem direito de consultar somente com o profissional, sozinhos, então os adolescentes não sabem isso... eles não têm essa informação, não tem esse acesso, sabe? que muitas vezes eles simplesmente podem pegar um preservativo, ou simplesmente fazer o teste rápido, independente de ter se colocado em risco ou não, mas simplesmente porque ele pensa "ah alguém pode estar lá e contar para a minha mãe" ou assim, sabe? eu vejo isso, que falta bastante acesso pro adolescente, uma coisa mais acolhedora e então a minha equipe agora, já que eu to falando, a gente estava conversando a respeito disso para que a gente possa estar mais aberto, mais acessível para os nosso adolescentes, e deixar bem claro que pode se consultar sozinho, a tua mãe não precisa (Informação verbal, Profissional da Saúde).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

AJ pedem que seus sentimentos sejam ouvidos, pedem informações sobre sua saúde e pedem acesso à rede e em especial aos serviços que possam cuidar da saúde mental.

Comunicação é a base. O mais necessário. Acredito que tendo a conversa, além do jovem se descarregar e já ficar mais leve, também se tem mais noção dos outros fatores que precisam ser melhorados (Informação verbal, Adolescente/Jovem 2).

[...] Falar sobre machismo, racismo, feminicídio e todos os assuntos importantes relacionados às mais diversas injustiças (Informação verbal, Adolescente/Jovem 14).

A grande maioria dos meus amigos me falam que gostariam de poder ir a um psicólogo, mas ou demora muito para chamarem eles nos postos ou é muito caro o atendimento particular (Informação verbal, Adolescente/Jovem 23).

Para além das temáticas tradicionalmente pautadas e endereçadas à adolescência e juventude, como a saúde sexual e reprodutiva, chama atenção a perspectiva ampliada de saúde expressa nas manifestações dos participantes. É importante destacar, ainda, a centralidade atribuída ao território, na produção da saúde, externando preocupação dos AJ e adultos com os fatores de risco como a circulação de álcool e outras drogas e com os determinantes macro sociais como a violência, em especial, aquela advinda da rede do tráfico.

[...] O nosso tema é contra Álcool e Drogas. Porque no bairro onde eu vivo, eu moro do lado da vila. Então é onde tem tráfico, onde tem se usam droga, álcool, e eu sempre vejo passando na frente de onde eu moro bêbadas, chapadas de droga, tenho um amigo que ele, dá até um desânimo de falar isso pra vocês, mas é um negócio que ele tá passando ali que é uma coisa chata. Meu amigo fumava maconha, aí ia na cocaína e agora ele tá no crack. Então, dos três representantes do Grupo que ainda restaram, que é o meu grupo de RAP, nós estamos tentando levantar ele para tirar ele dessa vida porque ela não é uma vida. É um caminho sem fim, e a hora que chegar o fim é a morte, é o único caminho que leva. Então a gente tá tentando se basear nisso sabe... e lá na volta tem muito tráfico, tem muita gente usando droga e álcool, é esse círculo. Esse meu amigo, ele abusa do álcool e ele fica quase caindo para os lados. E é uma das pessoas que eu vejo, como outras pessoas como o meu pai que bebe dentro de casa, que se andar na rua anda torto... andando torto (Informação verbal, Adolescente/Jovem 16).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Em síntese, a imersão em campo evidenciou a urgência da “escuta”, para que a rede de atenção e os profissionais de saúde reorientem suas práticas e serviços de acordo com as necessidades dos adolescentes e jovens, considerando tanto os determinantes sociais de saúde, quanto os seus efeitos na vida dessa população. Torna-se imprescindível considerar as vivências para fins de acolhimento e construção de vínculos (ANHAS; CASTRO-SILVA, 2017). Também é indispensável a articulação intra e intersetorial, pois tais determinantes e necessidades requerem a contribuição das políticas de educação, segurança pública, cultura e assistência social.

Na categoria nós críticos da rede de atenção, e em especial na perspectiva dos profissionais de atenção especializada, evidenciaram-se três subcategorias: a) déficit assistencial no atendimento às demandas de saúde mental; b) fragmentação interna e externa da Rede de Atenção; c) capacitação dos profissionais e preparo da rede em função das especificidades da abordagem com adolescentes.

Constata-se a convergência de tais aspectos com as necessidades mapeadas junto à população AJ e à Rede de Atenção Básica, com ênfase nos fluxos comunicacionais e assistenciais entre os níveis de atenção:

[...] porque eles (equipes de AB) têm muita dúvida, então as pessoas ligam, né... testo, não testo? tá sozinho, posso testar? Não posso? Aquela situação, até onde o ECA me respalda nessa testagem, qual é o grau de entendimento desse adolescente caso tenha resultado reagente [...] (Informação verbal, Participante 1).

[...] Existe uma fala muito grande e importante e preocupante que é o número de adolescentes com tentativa de suicídio na emergência (Informação verbal, Participante 4).

[...] Rede saúde mental sem recursos. Tem CRAS, mas não tem espaços de saúde mental (Informação verbal, Participante 6).

Trabalhar com adolescentes e jovens requer dos profissionais sensibilidade, mas também competências éticas e respaldo da gestão dos serviços.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A OPAS/OMS apontam cinco padrões globais para que os sistemas e serviços de saúde atendam a população adolescente: equidade, acesso, aceitação, adequação, efetividade. (OPAS, OMS, 2017a; OPAS, OMS, 2017b). Tais parâmetros expressam os direitos dessa população e especificidades dessa fase de desenvolvimento, cujos aspectos como ambiência, privacidade, sigilo, atitudes de não julgamento e discriminação são essenciais para o estabelecimento de vínculo.

Assim sendo, conceber a adolescência e juventude como objeto focal da política pública e de produção científica exige uma abordagem informada por evidências, interprofissional e multisetorial, não só no reconhecimento dos sujeitos em seus direitos, como também na incorporação de suas reais necessidades nas pautas políticas, de formação profissional, de produção e divulgação do conhecimento (BARBIANI *et al*, 2020).

Com base nesses pressupostos e achados, a terceira fase da pesquisa sistematizou proposta de implantação de Linha de Cuidado, abordando marcos legais, programáticos e operativos, assim como propostas para atenção e prevenção à morbimortalidade e à gravidez precoce. Pelos limites de extensão deste artigo, não será possível a apresentação de tais propostas, bem como a do kit educativo, desenvolvido para divulgação, o qual, no entanto, pode ser acessado por meio da Biblioteca Virtual "Te liga"<sup>7</sup> - um dos produtos do acervo.

## **Considerações finais**

Adolescentes constituem grupo prioritário para promoção da saúde em razão das peculiaridades desta fase de desenvolvimento, marcada por intensas transformações cognitivas, emocionais, sociais e físicas e, ainda, de experimentação de novos comportamentos, que podem estar associados tanto a fatores de risco quanto de proteção à saúde.

<sup>7</sup> Disponível em: [https://sites.google.com/d/1-pjnS1QGpQ5x64sfYk0yiDvQ5rocaCM\\_/p/1y2TMbYNzDVTTrw6Pr6UXaarJWAQ F2am1Y/edit](https://sites.google.com/d/1-pjnS1QGpQ5x64sfYk0yiDvQ5rocaCM_/p/1y2TMbYNzDVTTrw6Pr6UXaarJWAQ F2am1Y/edit) Acesso em: 04

ago 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Não obstante os avanços de Porto Alegre no monitoramento aos principais agravos/eventos de morbimortalidade entre AJ – homicídios, violências, sofrimento psicológico e infecções sexualmente transmissíveis – eles representam os principais desafios à atenção integral, demandando pautas e agendas intersetoriais para sua discussão, no âmbito da gestão, da educação permanente e da atenção na rede de saúde em todos seus níveis. Ações de educação em saúde sexual e reprodutiva, de promoção da cultura de paz e da prevenção de violências e acidentes, assim como a expansão e o fortalecimento da rede de saúde mental, com a devida capilaridade nos territórios, por meio da coordenação da atenção primária, são iniciativas que podem ter impacto positivo na prevenção e redução desses agravos.

Por fim, sugere-se a continuidade das parcerias instituídas entre gestores e universidades, na expectativa de seguimento de ações concretas alinhadas aos interesses comuns, a fim de qualificar processos de gestão, atenção, pesquisa, educação permanente e formação para a defesa e fortalecimento do Sistema Único de Saúde, na atenção integral à saúde de adolescentes e jovens do município.

## Agradecimentos

Agradecemos o apoio do Edital PPSUS/MS/CNPq/FAPERGS/SES/RS/2017, à rede colaborativa entre gestores estaduais, municipais e universidades, aos pesquisadores do PISAJ, aos participantes da pesquisa, em especial aos adolescentes e jovens.

## Referências

ANHAS, D.M.; CASTRO-SILVA, C. R. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 484-495, junho, 2017.

BARBIANI, R., *et al.* Atenção à saúde do adolescente no Brasil: revisão do escopo. **Revista Latino-americana de Ciências Sociais, Infância e Juventude**, v. 18, n. 3, p. 1-26, 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Disponível em: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/rlicsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/4180>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Coleção Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

BERLITZ, B. *et al.* Fatores de risco aos desfechos obstétricos e neonatais de mães adolescentes. **Revista Enfermagem UFSM**, v. 10, p.1-19, 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução. Resolução 466 de 2012. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. **Diário Oficial da União**. 12 dez. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 25 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Proteger e cuidar de adolescentes na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica. n. 26. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Diário Oficial da União, 2010c.

CARNEIRO, P.S; FORSTER, A.C; FERREIRA, J.B.B. A dinâmica de três colegiados de gestão regional: um olhar sobre a regionalização e pactuação. **Saúde debate**, v. 38, n.100, p. 57-68, 2014.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, J. H. A Integralidade e as Linhas de Cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* **O Trabalho em Saúde: Olhando e Experienciando o SUS no Cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

JOVCHELOVITCH, S.; BAUER, M. W. Entrevista Narrativa. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. ed. 7. Petrópolis: Vozes, 2005.

LIMA, L. L; D'ASCENZI, L. Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. **Revista Sociologia Política**, v. 21, n. 48, p. 101-110, Curitiba, 2013.

MARQUES, M. **Indicadores de mortalidade por causas externas de adolescentes e jovens na cidade de Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – Núcleo de Estudos de Educação de Ensino da Saúde – NEE, Unisinos, Porto Alegre. 2018.

MATUS, C; TESTA, M. **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo: Cortez, 1992.

MORESCHI, M. T (elaboração). BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Proteção dos Direitos da Criança e Adolescente. **Violência contra Crianças e Adolescentes: Análise de Cenários e Propostas de Políticas Públicas**. Documento eletrônico. Brasília: Ministério dos Direitos Humanos, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/violencia-contra-criancas-e-adolescentes-analise-de-cenarios-e-propostas-de-politicas-publicas-2.pdf> Acesso em: 15 fev. 2021.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes: guia para implementar uma abordagem padronizada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes**. v. 1. Genebra: OPAS/OMS, 2017a. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34155/9789275719046\\_v1-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34155/9789275719046_v1-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: 30 abr. 2020.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Padrões globais para serviços de saúde de qualidade para adolescentes: guia para implementar uma abordagem padronizada com o objetivo de melhorar a qualidade dos serviços de saúde para adolescentes**. v. 2. Genebra: OPAS/OMS, 2017b. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34156>. Acesso em: 30 abr. 2020.

OPAS. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION; WHO. World Health Organization. **Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean** [Internet]. Washington: OPAS, 2016. Disponível em:





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 15 fev. 2019.

PORTO ALEGRE. Secretária Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2017. Disponível em: [http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/plano\\_municipal\\_de\\_saude\\_-\\_pms\\_2018-2021\\_-\\_revisado\\_em\\_16\\_01\\_18.pdf](http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf) Acesso em: 16 fev. 2021.

RIEG, D.L; ARAUJO FILHO, T. O uso das metodologias de Planejamento Estratégico Situacional e Mapeamento Cognitivo em uma situação concreta: O caso da pró-reitoria de extensão da UFSCar. **Revista Gestão e Produção**, v. 9, n. 2, p. 163-179, 2003.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Seção de Saúde da Criança e do Adolescente. **Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes (PEAISA)**. Porto Alegre: SES, 2010.

ROSA, C. Vidas perdidas: análise descritiva do perfil da mortalidade dos adolescentes no Brasil. **Adolescência e Saúde**, v. 2, n. 15, p. 29-38, abril/junho, 2018.

SOUZA M. L. *et al.* Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v. 25, n. 2876, p. 1-9, 2017.

UNFPA. FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Situação da população mundial 2017: mundos distantes, saúde e direitos reprodutivos em uma era de desigualdade**. Brasília: UNFPA; 2017. Disponível em: [https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PT\\_WEB-SWOP2017-Report.pdf](https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PT_WEB-SWOP2017-Report.pdf) Acesso em: 15 fev. 2021.

WHO. World Health Organization. **Young People's Health - A Challenge for Society**. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All (Technical Report Series). v. 731. Geneva: WHO, 1986.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COMO ESTRATÉGIA CONTÍNUA DE CUIDADO ÀS PACIENTES CARDÍACOS USUÁRIOS DO SUS

Mayara Cassimira de Souza<sup>1</sup>  
Jaqueline Terezinha Ferreira<sup>2</sup>

**Resumo:** O presente estudo aborda a experiência de adoecimento de pacientes cardíacos internados e reinternados em uma enfermaria de um hospital público na cidade do Rio de Janeiro, levando em consideração seus aspectos sociais e relacionais imbricados no enfrentamento à enfermidade cardíaca. Tendo em vista, esse cenário, o objetivo desse estudo foi identificar a partir das narrativas apresentadas pelos pacientes cardíacos a demanda por um cuidado integrado aos serviços de saúde antes e após internação para cirurgia cardíaca. Os preceitos metodológicos dessa pesquisa se fundamentam na abordagem qualitativa com método etnográfico, utilizando entrevistas etnográficas e observação participante. O estudo foi realizado com um grupo de 40 cardiopatas internados e reinternados em um hospital federal de cardiologia do Rio de Janeiro, entre os meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. Os critérios para seleção dos entrevistados foram: pacientes adultos, independente do sexo, que se encontravam no período pré-operatório de cirurgia cardíaca e pós-operatório mediato. Observou-se que grande parte dos pacientes não são acompanhados e encaminhados pela atenção primária à saúde, sendo encaminhados do sistema privado ou após um diagnóstico por emergência. Portanto, os usuários que não derivam dessa rede de atenção não possuíam orientações profissionais quanto aos cuidados de sua saúde, muitos só procuram os serviços de saúde, seja público ou privado após incômodo físico relacionado a cardiopatia. Já os pacientes regulares do SUS narraram diversas orientações e prescrições profissionais quanto às práticas de cuidado, desde os aspectos alimentares às condutas corporais. Durante a internação todos os pacientes demonstravam satisfação e gratidão pelos cuidados prestados pelos profissionais no hospital. No entanto, antes e após a cirurgia todos esses expressavam incertezas e preocupações sobre a alta hospitalar devido às recomendações médicas de restrições físicas, estratégias de cuidado e adaptações à nova rotina. Alguns rejeitam fortemente a alta, alegando a falta de apoio social e acompanhamento profissional para manterem os cuidados necessários após a cirurgia cardíaca. Paralelo a incerteza dos internados, tem a frequência de reinternações de pacientes

<sup>1</sup> Doutoranda e Mestre em Saúde Coletiva, Abordagens Sociológicas dos Processos Saúde-Doença, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil, mayaracassimira.sc@gmail.com.

<sup>2</sup> Doutora em Antropologia Social, Professora Associada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

após cirurgia por complicações metabólicas e físicas. Eles também demonstraram fragilidade emocional decorrente de sentimentos de culpa pelas complicações durante a recuperação e medo de novamente errar nos cuidados necessários em casa. Os pacientes que não fazem acompanhamento na atenção básica, retornam somente ao hospital para verificação do quadro clínico após alta. Frente a isso, é evidente a demanda por atenção sobre os cuidados direcionados ao âmbito individual e familiar dos pacientes. Evidenciar e refletir sobre as possibilidades de cuidado contínuo nos serviços de saúde antes e após cirurgia cardíaca contribui para o delineamento de melhores estratégias terapêuticas. O Projeto Terapêutico Singular pode ser uma estratégia de cuidado, visando a integração de pacientes cardíacos a equipes multiprofissionais e desenvolvendo ações terapêuticas que auxiliem na continuidade e integralidade do cuidado.

**Palavras-chave:** Experiência de adoecimento; Cardiopatia; Cuidado; Integralidade; Projeto Terapêutico Singular.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

As doenças cardíacas vêm acometendo cada vez mais o homem moderno, levando-o a sequelas e óbitos, assim, sua alta prevalência na atualidade as coloca como as principais causas de morbimortalidade no mundo, a Organização Mundial de Saúde prevê que em 2030 quase 23,6 milhões de pessoas morrerão de doenças cardiovasculares. Essas doenças possuem origem multicausal e envolvem um conjunto de fatores significativos para o surgimento e evolução dos males do coração. As causas das doenças cardíacas resultam da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais comportamentais e culturais (MENDIS, PUSKA, et al., 2011). No entanto, esse contexto apresenta possibilidades profícuas de compreensões diversas dimensões do adoecimento cardíaco.

Todavia, esse estudo é composto somente pelas experiências de indivíduos com cardiopatias graves. A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2006) define como



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

cardiopatias graves as enfermidades cardíacas crônicas, agudas e terminais, podendo as cardiopatias agudas se tornarem crônicas numa evolução rápida, levando a perda de capacidade física e funcional do coração e dependência total suporte inotrópico (dobutamina e dopamina) ou mecânico, não obstante o tratamento clínico e/ou cirúrgico adequado. Portanto, as cardiopatias crônicas impõem limitações progressivas à capacidade física e funcional do coração se não houver tratamento adequado.

Dentre os debates de cardiopatias no Brasil se encontra a ênfase nos meios tecnológicos em detrimento do cuidado clínico e das melhorias das condições de vida das populações. O autor Souza e Silva (2004) alerta que se as pesquisas e investimentos econômicos continuarem a ser priorizados apenas para o uso de técnicas cada vez mais caras para compreender as doenças cardíacas não se obterá êxito no enfrentamento desta (SOUZA E SILVA, 2004). Assim, investigar as experiências, o modo de viver, de ser saudável e de adoecer dos pacientes cardíacos traz luz para entender os significados das experiências vividas por estes, uma vez que suas representações apresentam significativa interface na aderência ao autocuidado e incremento no seu tratamento (ERDMANN et al., 2013)

As pesquisas sociais em saúde contribuem para perceber que as doenças são concebidas a partir do mundo simbólico em que os indivíduos estão inseridos, ou seja, a representação de saúde e de doença vincula-se ao social e sua problemática não se restringe ao registro biológico (MINAYO, 2014). Diante disso, Queiroz (2003) frisa que é preciso intervir nas diversas dimensões dos adoecidos, uma vez que focar apenas no ponto de vista biológico proporciona limitações nas compreensões acerca dos processos de saúde e doença. Considerar os valores culturais, sociais, as práticas alternativas e a percepção dos que adoecem influencia positivamente as práticas profissionais. Além disso, influencia os serviços de saúde, a fim de perceber aquilo que sustenta e direciona suas práticas e suas intervenções.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Por isso, o presente estudo aborda a experiência de adoecimento de pacientes cardíacos internados e reinternados em uma enfermaria de um hospital público na cidade do Rio de Janeiro, levando em consideração seus aspectos sociais e relacionais imbricados no enfrentamento à enfermidade cardíaca. Tendo em vista esse cenário, o objetivo deste estudo foi identificar, a partir das narrativas apresentadas pelos pacientes cardíacos, a demanda por um cuidado integrado aos serviços de saúde antes e após internação para cirurgia cardíaca.

## **Referencial teórico**

A cardiopatia demanda um trabalho multidisciplinar na saúde, que vise os desafios e expectativas do mundo do cardiopata, seu modo de viver e significados que atribui ao seu adoecer. Portanto, compreender os processos sociais vivenciados pelos pacientes engloba avaliar como o fenômeno é percebido e interpretado por esses.

Os pacientes cardiopatas, antes e após a cirurgia, têm grandes limitações corporais: o cansaço, as dores, o desconforto torácico e a falta de ar são recorrentes e restringem a locomoção e o manuseio do próprio corpo. Os pacientes perdem autonomia para executar atividades cotidianas (andar, sentar, se alimentar, pentear, tomar banho), e se veem incapacitados frente a isso. Esse cenário repercute em desafios sobre o cuidado, pois é preciso estabelecer novos hábitos e se adequar a novas rotinas (SOUZA, 2018).

Dentre os desafios sobre o cuidado dos pacientes cardíacos está a dependência física e os aspectos psicológicos atrelados a isso, pois as limitações corporais indicam que o paciente já não é o mesmo e não possui a mesma autonomia em sua vida social (CAMPONOGARA; SILVEIRA; CIELO, 2014). Portanto, ele passa a necessitar de um apoio social que o auxilie nas adaptações diárias conforme as orientações profissionais para o cuidado antes e após cirurgia cardíaca. Com isso, entender as possibilidades e importância desse apoio é fundamental para ampliar o olhar sobre esse aspecto no enfrentamento ao adoecimento cardíaco.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

No Brasil há diversos estudos sobre o papel da rede de apoio social no processo de saúde, doença e cuidado. Segundo Canesqui e Barsaglini (2012) esses estudos dialogam com a literatura internacional e trazem reflexões sociológicas e antropológicas pertinente a relevância da cultura, dos sistemas de valores e do apoio social nas instituições (família, religião).

A noção da rede de apoio social é referenciada no que tange à Atenção Primária de Saúde (APS) no país. Sendo a APS a principal estratégia de reorientação do modelo assistencial à saúde, ela é tida como porta de entrada e o primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde. A própria proposta da criação das redes de atenção à saúde prevê que a APS exerça um papel central na coordenação do cuidado do usuário (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011).

A concepção de rede no sistema de saúde brasileiro contribuiu para a estruturação de uma rede de atenção à saúde desenvolvida como estratégia para superar a fragmentação da atenção e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS). Seu intuito é promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde que visem uma atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica. Assim, o processo de utilização dos serviços de saúde resulta da interação dos usuários que procuram cuidados e do profissional que os conduzem dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2010).

Por conseguinte, a humanização da saúde e o atendimento integral aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) são aspectos almejados para a produção do cuidado, tendo em vista o usuário como o centro da atenção e sua saúde como prioridade. Dentre as estratégias para a produção de cuidado está o Projeto Terapêutico Singular (PTS), cuja proposta visa ações de condutas terapêuticas que sejam articuladas, tendo como cerne um sujeito individual ou coletivo. Além disso, esse projeto é resultante da discussão coletiva de uma equipe



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

interdisciplinar, na maioria das vezes, são abordadas situações complexas, portanto, pode ser dado como uma variação da discussão de “caso clínico” podendo ter um apoio matricial (BRASIL, 2007).

O Projeto Terapêutico Singular também pode ser entendido como uma ferramenta que organiza a gestão do cuidado e permite a interação dialógica e recíproca entre os profissionais que atuam na Atenção Básica. Além disso, a elaboração de um PTS requer a observação da maneira como nos comunicamos, pois essa pode causar impactos no comportamento do outro, seja por meio da fala, dos gestos ou até mesmo silêncios (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

Logo, o PTS é desenvolvido com base nas necessidades de saúde de cada usuário e deve responder a demandas objetivas e subjetivas dos usuários, considerando suas opiniões, sonhos e projetos (PINTO *et al.*, 2011). Segundo Pinto *et al.* (2011), esse projeto singular “é uma interação democrática e horizontal entre trabalhador/ usuário/família” (PINTO *et al.*, 2011, p. 498).

## **Método**

O presente estudo embasou-se nos preceitos metodológicos da pesquisa qualitativa com um cunho socioantropológico, pois se relacionam à compreensão dos significados e representações que os indivíduos atribuem às suas experiências e vivências e como eles percebem o seu “universo social” (POPE; MAYS, 2005). Além disso, considerar as dimensões socioculturais do adoecimento implica na compreensão de que o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois visa apreender a realidade social (MINAYO, 2014).

Ademais, a expansão da área das Ciências Sociais em Saúde traz luz para um conjunto de características que se destacam por propiciar uma maior e mais profunda compreensão dos fenômenos estudados, portanto, “não se trata apenas de uma estratégia metodológica, mas,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

sobretudo, de uma forma específica de conceber os fenômenos sociais (e também naturais) própria das Ciências Sociais" (KNAUTH; LEAL, 2014, p. 465).

Quanto a desenvolver a etnografia para emergir no campo da saúde estudado, a autora Mariza Peirano (2014) salienta que essa é mais do que um método, é uma forma de ligar teoria-e-pesquisa, proporcionando novas descobertas. Além disso, a etnografia não se desenvolve mediante uma norma que a autorize, uma vez que, seus referenciais teóricos são remodelados constantemente. Todavia, é consensual que a ela é atribuído o estudo de experiências humanas levando em conta a experiência pessoal

Diante disso, foram definidas duas técnicas de pesquisa qualitativa de acordo com o objeto desenvolvido e com o referencial teórico, sendo elas: a observação participante e as entrevistas etnográficas. Essas ferramentas mostraram-se eficazes para a pesquisa no universo escolhido (BEAUD; WEBER, 2014). Além disso, são instrumentos que visam intencionam fazer a mediação entre marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (MINAYO, 2014).

O local escolhido para a pesquisa de campo foi um hospital federal situado no estado do Rio de Janeiro, considerado referência do Ministério da Saúde no tratamento de alta complexidade em doenças cardíacas. Esse instituto é uma unidade de referência terciária, onde são realizados atendimentos de adultos e crianças com diagnóstico prévio de doença cardíaca que necessitem de outros procedimentos cardiológicos de alta complexidade, e que a priori estejam previamente agendados através dos Sistemas de Regulação vigentes.

Os critérios de seleção dos sujeitos para as entrevistas e observação foram: pacientes adultos, independente do sexo, que se encontrassem no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, pós-operatório mediato e os reinternados, com exceção dos transplantados cardíacos. Foram entrevistados somente os pacientes que demonstraram interesse na participação do estudo e concordaram com os itens do Termo de consentimento livre esclarecido. Esse termo como todo o trabalho proposto está de acordo com os preceitos éticos da resolução CNS n



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

466/2012, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro sob o parecer de número 1.863.965.

Doravante, o estudo foi realizado entre os meses de setembro de 2016 a fevereiro de 2017. As observações se direcionaram para a rotina dos pacientes em seus quartos, as movimentações dos mesmos nos corredores e nas áreas de convívio comuns a todos. Os critérios observados foram: a construção do cuidado mediante as orientações profissionais nesses espaços, o apoio de seus familiares e amigos e demais relações estabelecidas entre esses em seu dia a dia.

Todas as entrevistas ocorreram somente com a presença do paciente nos seus leitos. Foram entrevistados 40 pacientes, vinte mulheres e vinte homens, que se encontravam no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, pós-operatório e em reinternação. O tempo médio das entrevistas variou entre 20 minutos e 50 minutos. Para auxiliar no desenvolvimento dessa técnica, as entrevistas foram gravadas com autorização prévia dos entrevistados, o que facilitou a condução da entrevista, uma vez que a gravação capta na íntegra e em todas as dimensões as palavras do entrevistado, condicionando a qualidade da escuta desses e favorecendo uma análise profunda da mesma (BEAUD; WEBER, 2014). Posteriormente, as gravações foram cuidadosamente transcritas para análises e interpretações.

## **Resultados e discussão**

Observou-se que os pacientes que participaram desse estudo derivam de diversos locais da capital e de distintas regiões do Estado do Rio de Janeiro, portanto, residem em diferentes territórios, desde bairros nobres a locais periféricos, possuindo amplos contextos sociais. O que vai ao encontro da proposta da instituição hospitalar, que é a referência federal para o Estado.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Sobre o acesso dos pacientes aos serviços de alta complexidade o esperado é que esses fossem encaminhados pelo Sistema Único de Saúde, ou por indicação ao hospital referência, com acompanhamento da evolução do quadro de cardiopatia pela instituição, ou após demanda emergencial. No entanto, a maior parte dos entrevistados relataram seu acesso e sua trajetória no SUS por meio da influência de contatos pessoais (médicos, autoridades políticas e militares, pastores e etc.), para inserção no hospital. Esse dado, somado aos de acompanhamento médico desde o diagnóstico até serem regulados pelo sistema de saúde à cirurgia cardíaca, revela que grande parte não está dentro de um fluxo de regulação esperado pelo sistema, ou seja, não participam da atenção básica. No entanto, durante a internação todos os pacientes demonstravam satisfação e gratidão pelos cuidados prestados pelos profissionais no hospital.

Sobre o vínculo com os serviços primários de saúde, os pacientes que receberam diagnósticos pelo SUS e foram encaminhados pela regulação de saúde relataram terem esses como referência para lidar com o enfrentamento do adoecimento cardíaco. Outra parte que se deparou com diagnóstico após acometimento crônico por meio de serviços emergências, não possui uma unidade de atenção básica referência. Os pacientes encaminhados pelo sistema de saúde privado não destacam o acompanhamento médico regular, e sim a possibilidade de acesso imediato ao atendimento e procedimentos médicos relacionados à doença cardíaca.

É notório que os usuários cardíacos que não derivam da rede de Atenção Básica não relatam as orientações profissionais quanto aos cuidados de sua saúde antes, durante e após acometimento cardíaco, muitos só procuram os serviços de saúde, seja público ou privado após incômodo físico relacionado a cardiopatia. Já os pacientes regulares do SUS narraram diversas orientações e prescrições profissionais quanto às práticas de cuidado, desde os aspectos alimentares às condutas corporais.

Vale destacar que a Política Nacional de Regulação do SUS visa garantir a prestação e eficiência de serviços à população no Brasil desde a produção das ações diretas até as ações





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

finais de atenção à saúde, pois o adequado acesso e utilização de serviços de saúde indicam o grau de equidade de sistemas de saúde (COSENZA, 2003). No entanto, os dados de acesso desse estudo mostram uma lacuna entre a coordenação do cuidado e a efetivação da equidade e a integralidade em Saúde.

Esses resultados são primordiais para pensar em uma primeira dimensão social, que diz respeito aos possíveis contextos sociais em que derivam os pacientes cardíacos e o impacto do seu acesso e trajetória no sistema de saúde e a continuidade do cuidado ofertado pelos profissionais de saúde do SUS.

Assim, a constituição de um sistema de redes assistenciais que sejam regionalizadas e hierarquizadas para cirurgias cardíacas dão pistas para refletir sobre estratégias que garantem a qualidade do cuidado, a otimização dos custos operacionais e redução das desigualdades no acesso entre as regiões brasileiras (VIACAVA *et al.*, 2012).

Frente a essa possibilidade de assegurar e articular o acesso a serviços de saúde e garantir a qualidade do cuidado, está o desenvolvimento do Projeto Terapêutico Singular como meio de organizar e gerir o cuidado na Atenção Básica (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012). No entanto, fica evidente que a não inserção regular dos pacientes cardíacos ao sistema de saúde inviabiliza essa possibilidade de gestão do cuidado. Além disto, demonstram os empecilhos para uma possível comunicação entre os diversos profissionais de saúde, tendo em vista, a expectativa de que haja uma equipe multiprofissional e articulada às demandas de saúde do indivíduo.

Mororó (2010) discorre sobre a falta ou insuficiência de comunicação entre as equipes de saúde e Barros (2010) aponta a fragmentação no desenvolvimento do PTS desde a prevenção ao tratamento a reabilitação dos adoecidos. Isso impede a produção de ações contínuas e integradas. Portanto, se os cardiopatas não se inserem na rede de atenção à saúde como dar sequência ao seu cuidado na mesma?



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Pensando a partir das redes de saúde é possível associar os fatores culturais ligados ao apoio social a qual dispõem os cardiopatas. Se percebe diferentes organizações familiares que vão ao encontro do tipo de suporte familiar que os pacientes terão no pré e pós operatório. Mesmo com esse suporte os pacientes demonstram sentimentos de inutilidade e frustração pelas perdas de funções sociais e papéis familiares por causa das limitações corporais impostas pela doença e cirurgia cardíaca. Todavia, a integração e reintegração nas redes sociais favorece novas organizações sociais e possibilita, assim, a ocupação de diversas e distintas posições (ROCHA, 2005).

Portanto, os familiares, os amigos e os profissionais compõem a rede de apoio social dos pacientes cardiopatas internados, sendo uma base de convivência e divisão de responsabilidades. Os vínculos não sanguíneos também são uma fonte de cuidado e proteção, semelhantes aos de parentescos. Frente a isso, foi evidenciado que esse apoio reduz o isolamento social do paciente e auxilia nas decisões e estratégias de cuidado. Por outro lado, a ausência de maiores vínculos ou conflitos sociais desfavorecerem essa rede, levando o paciente a se adequar sozinho e indevidamente às estratégias de cuidado. A falta de suporte social implica aos pacientes internação por tempo prolongado e reinternações recorrentes (SOUZA; FERREIRA, 2018).

Em relação ao projeto terapêutico singular, que tem como eixo um conjunto de condutas terapêuticas articuladas por meio de discussões coletivas de equipe interdisciplinar, seu objetivo, para além da melhoria de sintomas, é ampliar a rede social. O que é primordial para o aumento de espaços de contratualidade que propiciam as modificações necessárias para o melhor o curso do adoecimento (MORORÓ, 2010).

Frente às demandas sociais dos usuários, o Projeto Terapêutico Singular pode ser apropriado porque salienta que um projeto terapêutico pode ser desenvolvido para grupos ou famílias e não só para indivíduos. No entanto, em todas essas possibilidades ele procura dar



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

ênfase às singularidades, ou seja, aos diferentes contextos e experiências como eixo norteador de possíveis articulações dentro do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Mas, ainda que as redes sociais sejam fundamentais para a manutenção da saúde e possam ser mobilizadas para apoio de pessoas no enfrentamento de doenças (BRUSAMARELLO, 2011) é latente a problemática em torno da necessidade de cuidado do paciente ficar restrita a rede de apoio social. Por conseguinte, podem haver aspectos negativos presentes nesse contexto, como exposição, a fragilidade e a insuficiência de cuidados aos pacientes tornando isso um fator de vulnerabilidade à saúde (SLUZKI, 1997).

Mais uma vez, é preciso frisar que, embora o intuito do PTS seja atender as particularidades vividas pelos usuários visando processos de cuidado contínuo e integral, antes de mais nada, ele propõe repensar e produzir ações terapêuticas capazes de ir ao encontro das especificidades e organizações de uma rede de apoio pelo sistema de saúde (BRASIL, 2007). Assim, o projeto terapêutico deve buscar ser um instrumento que responda tanto às demandas subjetivas quanto às objetivas dos usuários, levando em conta a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado (MERHY, 1999).

Outro dado extremamente relevante é relacionado às perspectivas dos pacientes antes e depois da cirurgia, o que esperam após alta hospitalar e perante as reinternações decorrentes de complicações na recuperação após cirurgia. Em todas as entrevistas e no decorrer das observações os pacientes internados expressavam incertezas e preocupações sobre a alta hospitalar devido às recomendações médicas de restrições físicas, estratégias de cuidado e adaptações à nova rotina. Alguns rejeitam fortemente a alta, alegando a falta de apoio social e acompanhamento profissional para manterem os cuidados necessários após a cirurgia cardíaca. Paralelo a incerteza dos internados, tem a frequência de reinternações de pacientes após cirurgia por complicações metabólicas e físicas. Eles também demonstraram fragilidade emocional decorrente de sentimento de culpa pelas complicações durante a recuperação e medo de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

novamente errar nos cuidados necessários em casa. Os pacientes que não fazem acompanhamento na atenção básica, retornam somente ao hospital para verificação do quadro clínico após alta.

O PTS abarca a noção interdisciplinar que reporta a contribuição de diversas profissões e especialidades na avaliação compartilhada sobre as situações vivenciadas pelos usuários. Essa articulação visa acordos na tomada de procedimentos pelos multiprofissionais - equipe de referência – que terá o encargo de acompanhar as pessoas ao longo do tratamento. Convém destacar que essa equipe compreende a construção de responsabilidade singular e de vínculo estável com o usuário/família, propondo, se necessário, a intervenção de outros profissionais ou serviços de apoio. Isso assegura a alta e continuidade de acompanhamento em outra instância do sistema (PINTO *et al.*, 2011).

Portanto, embora o Projeto Terapêutico Singular enfrente diversos desafios para sua implementação e efetivação, tais como: a falta ou insuficiência de comunicação e qualificação entre as equipes, a sobrecarga de responsabilidade assistencial devido a alta demanda (BARROS, 2010), ele ainda é uma estratégia viável e significativa que conduz a uma abordagem mais integral aos usuários da saúde. Sobre a integralidade, vale ressaltar, que essa só é possível mediante ações de cuidado contínua em toda trajetória de adoecimento e tratamento do usuário.

Por último, é preciso ter claro que, um dos maiores empecilhos para implementação do PTS é o fato das equipes de profissionais de saúde serem centradas no modelo biomédico, o que acarreta falta de comunicação e o não compartilhamento de saberes (ADUHAB *et al.*, 2005). Todavia, Barros (2010) alerta que os projetos terapêuticos devem superar o paradigma biomédico por meio de ações conjuntas e coletivas para responder às necessidades das pessoas, o que gera mudança de vida, já que os profissionais possuem dificuldades de compreensão dos contextos vividos pelos usuários. Diante disso, o PTS não é um mero dispositivo administrativo



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

e nem se pauta em modelos fechados, antes de tudo, ele é uma forma de superar uma visão da saúde centrada na doença e primar pelas reais necessidades dos indivíduos (MORORÓ, 2010)

## Considerações finais

Frente a isso, é evidente a demanda por atenção sobre os cuidados direcionados ao âmbito individual e familiar dos pacientes cardiopatas. Evidenciar e refletir sobre as possibilidades de cuidado contínuo nos serviços de saúde antes e após cirurgia cardíaca contribui para o delineamento de melhores estratégias terapêuticas. O Projeto Terapêutico Singular pode ser uma estratégia, visando a integração de pacientes cardíacos a equipes multiprofissionais e desenvolvendo ações terapêuticas que auxiliam na continuidade e integralidade do cuidado.

## Referências

ABUHAB, Deborah *et al.* O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.26, n.3, p.369-380, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/4567/2494> Acesso em 13 de julho de 2021.

BARROS, Juliana O. **A construção de projetos terapêuticos no campo da saúde mental: apontamentos acerca das novas tecnologias de cuidado.** 2010. 111f. Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

BEAUD, Stéphane; WEBER, Florence. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos.** Petrópolis: Vozes, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, Equipe de referência e projeto terapêutico singular.** 2 ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 2010, Seção 1, p. 89.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a Estratégia de Saúde da Família (ESP) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48.

BRUSAMARELLO, Tatiana *et al.* Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 33–40, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100004&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em 5 de julho de 2021.

CAMPOGARA, Silviomar *et al.* Percepção de pacientes sobre o período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 382–390, 2014. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v16n3a10.pdf> Acesso em 10 de julho de 2021.

CANESQUI, Ana Maria; BARSAGLINI, Reni. A. Apoio social e saúde: pontos de vista das ciências sociais e humanas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 5, p. 1103–1114, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000500002&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500002&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em 10 de maio de 2021.

COSENZA, Gilvânia W. Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde. In: PIERANTONI, Celia R.; VIANNA, Cid M. M.; (Org.). **Gestão de Sistemas de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, Instituto de Medicina Social, 2003. p. 133-168.

ERDMANN, Alacoque L. *et al.* Understanding the process of living as signified by myocardial revascularization surgery patients. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 332–339, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000100007&lng=en&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000100007&lng=en&tlng=en)> Acesso em 20 de maio de 2021.

KNAUTH, Daniela R.; LEAL, Andrea F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

50, p. 457–467, 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832014000300457&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000300457&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em 20 de maio de 2021.

MENDIS, Shanthi, PUSKA, Pekka, NORRVING, B., *et al.* **Global atlas on cardiovascular disease prevention and control.** Geneva, World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44701> Acesso em 24 de junho de 2021.

MERHY, Emerson E. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médico ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 10, n. 5, p. 13-17, 1999.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde.** 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MIRANDA, Fernanda A. C.; COELHO, Elza B. S.; MORÉ, Carmem L. O. O. **Especialização multiprofissional em saúde da família: projeto terapêutico singular.** (e-book): UNA - SUS, 2012.

MORORÓ, Martha E. M. L. **Cartografias, desafios e potencialidades na construção de projeto terapêutico em Centro de Atenção Psicossocial – CAPS III.** 2010. 300 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

PEIRANO, Mariza. Etnografia não é método. **Horizontes Antropológicos**, dez. 2014. v. 20, n. 42, p. 377–391. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832014000200015&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832014000200015&lng=pt&tlng=pt)> Acesso em 2 de julho de 2021.

PINTO, Diego M. *et al.* Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: Uma construção coletiva. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 293–302, 2011.

POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

QUEIROZ, Marcos S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico.** Bauru: Edusc, 2003. (Coleção Saúde & Sociedade).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

ROCHA, Cristianne. M. F. **As redes em saúde**: entre limites e possibilidades. Washington, DC: OPAS, 2005. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho\\_redes.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/trabalho_redes.pdf) Acesso em 18 de maio de 2021.

SLUZKI, Carlos. **A rede social na prática sistêmica**: Alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). II Diretriz Brasileira da Cardiopatia Grave. A avaliação da capacidade funcional do coração permite a distribuição dos pacientes em classes ou graus, assim descritos. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 87, n. 2, 2006.

SOUZA E SILVA, Nelson A. Saúde cardiovascular na era tecnológica. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 83, n. 6, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2004001800001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2004001800001&lng=en&nrm=iso&tlng=en) Acesso em 20 de junho de 2021.

SOUZA, Mayara C. "**Tem que fazer!**": representação coletiva da atividade física em pacientes cardiopatas pré e pós cirúrgicos de um hospital público do Rio de Janeiro. 2018. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2018.

SOUZA, Mayara C.; FERREIRA, Jaqueline T. Experiências e arranjos familiares no cuidado e práticas corporais em coronariopatas. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v. 13, n. 2, 2018. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/33348> Acesso em 20 de julho de 2021.

VIACAVA, Francisco *et al.* Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2963–2969, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100013&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100013&lng=pt&tlng=pt) Acesso em 20 de junho de 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

PERSPECTIVAS SOBRE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA  
EN POLÍTICAS, PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN EN GUATEMALA

Cristian David Osorio Figueroa<sup>1</sup>  
Ernestina Tecú<sup>2</sup>

**Resumen:** La salud colectiva es un campo que busca por medio de la inter/transdisciplinariedad, las ciencias sociales y la filosofía, realizar una crítica a la salud pública institucionalizada que permanece en el pensamiento reduccionista, higienista y tradicional. Dentro de su desarrollo el área de Políticas, Planificación y Gestión en Salud representó un área comprometida con el cambio y la transformación social por medio del análisis de políticas y del proceso político de implementación de tecnologías de planificación, programación y evaluación de sistemas, programas y servicios. Sin embargo, aún es un espacio en formación en Guatemala. Tomando como base el referencial teórico propuesto por el Observatorio de Análisis Política en Salud del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de la Bahía para el análisis de la producción científica brasileira, el presente trabajo tiene por objetivo realizar un mapeo del desarrollo de la producción científica en el área de PPGS en Guatemala. Fue utilizada la base de datos PUBMED utilizando las siguientes estrategias de búsqueda: *health AND policy AND Guatemala; health AND "policy analysis" AND Guatemala; health AND politics AND Guatemala*. Fueron definidos como criterios de exclusión, artículos de opinión, editoriales y documentos no disponibles en la íntegra. Fueron identificados un total de 531 registros, después de retirar los duplicados (47) y otros que en la lectura se consideraron inadecuados (153), fueron clasificados un total de 331 trabajos, comprendidos entre 1973-2021. Para realizar la clasificación temática fueron utilizados las categorías: análisis político en salud (*politics*), estudios sobre componentes del sistema de salud y análisis de políticas de salud específicas (*policy*). Para realizar el análisis de la producción científica según el contexto histórico fueron definidos los siguientes periodos: estado autoritario desarrollista (1973-1985); estado democrático desarrollista (1985-1990); reforma del sector salud (1991-1999); contrarreforma parcial del sector salud (2000-2009); inestabilidad político-institucional (2010-2021). Del total de la producción el 71% fue producido durante el periodo de 2010-2021, en su mayoría analizando políticas de salud específicas (74%). El restablecimiento de la democracia (1985-1990), no fue acompañado por

<sup>1</sup> Doctorando en salud colectiva, Programa Integrado de Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB), Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, Brasil, [cristian.osorio@ufba.br](mailto:cristian.osorio@ufba.br). Bolsista do CNPq – Brasil.

<sup>2</sup> Mestranda en salud colectiva, Quali-PreP, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA, Salvador, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

un aumento de la producción científica. En cuanto a los ejes temáticos, el análisis político en salud es el que presentó la menor producción. La principal subárea temática en este eje fue el análisis en perspectiva internacional (69%), seguido por descripciones anecdóticas de la reforma y acuerdos de paz (16%), producidos en la última década. Referente al eje componentes del sistema de salud, la principal subcategoría encontrada fue gobernanza, participación social y modelos de gestión por organizaciones no gubernamentales (26%). Dada la baja proporción de talento humano, accesibilidad de servicios de salud y el desfinanciamiento público la producción en estos temas fue insignificante. Se vio reforzada el modelo de atención sin un enfoque de APS fuerte. El presente trabajo, aunque de forma no exhaustiva, evidencia lo incipiente del análisis político en salud. A pesar del debilitamiento del sistema de salud en Guatemala, la reflexividad sobre sus componentes es escasa. No fueron identificados trabajos específicos sobre evaluación y planificación. El mapeo pretende estimular el desarrollo de esta área de concentración con potencial transformador de las prácticas. Este trabajo debe ser completado con un estudio sobre los abordajes teóricos metodológicos utilizados en el área de PPGS en Guatemala.

**Palabras-clave:** Formulación de Políticas; Política de Salud; Política; Gestión de Salud; Guatemala.

**Eje Temático 1:** Política, planificación y gestión de la salud

## Introducción

Guatemala, país situado en América Central, enfrenta enormes desafíos para garantizar el derecho a la salud a su población. El sistema de salud fragmentado y segmentado estratifica a la población según su capacidad de pago. El gasto en salud representa apenas el 1,6% del Producto Interno Bruto (PIB), con fuertes inequidades en su distribución, por características geográficas y étnicas, siendo las más afectadas la región rural y la población indígena. El sistema de salud organiza la prestación de servicios en programas verticales asociados a condiciones de salud específicas, contrario a un modelo de necesidades sociales de salud. Además, las condiciones socioeconómicas de su población generan patrones de determinación social de enfermedad y muerte igualmente inequitativas. La ineficiencia del gasto es notoria, y





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

eventos recientes muestran la ausencia de procesos de planificación, como el caso de la gestión de la pandemia y vacunación por COVID-19 y emergencias sanitarias que se repiten a cada año con efectos mortales (FIGUEROA, 2020). Matus (1996), realiza una analogía con el río para pensar el curso de las actividades realizadas, este puede tener dos resultados: o nos vemos arrastrados hacia un camino desconocido, o realizamos acciones que permitan conducir los movimientos a una dirección determinada. Puede que el camino en la formulación de políticas de salud, la gestión y la planificación esté tomando uno de esos giros.

La producción científica puede funcionar como una especie de prisma que permite dimensionar las reflexiones existentes en torno al análisis de la situación de salud en el país y conocer cuál es el direccionamiento sanitario existente, en la medida que son producidos por sujetos sociales. Para Testa (1989), el sujeto social supera su condición de individuo, y adquiere una manera de entender el mundo próximo en el que nos movemos, por medio de la agudización de su conciencia crítica puede ser capaz de movilizar, organizar y buscar la efectividad como sujeto transformador.

La salud colectiva es un campo inter/transdisciplinar con influencia de las ciencias sociales y de la filosofía que realiza una crítica a la salud pública institucionalizada que permanece en el pensamiento reduccionista, higienista y tradicional. Para Souza (2014), la salud colectiva permite la expansión de centros de producción y reproducción del conocimiento, tecnologías, e innovaciones en la búsqueda por la democratización de la salud, como ejercicio de libertad humana en la búsqueda de la felicidad, con un enfoque en las necesidades de salud.

Dentro de su desarrollo el área de Políticas, Planificación y Gestión en Salud (PPGS) representó un área comprometida con el cambio y la transformación social por medio del análisis de políticas y del proceso político de implementación de tecnologías de planificación, programación y evaluación de sistemas, programas y servicios (TEIXEIRA, 2015). Sin embargo, aún es un espacio en formación en Guatemala. Tomando como base el referencial teórico propuesto por el Observatorio de Análisis Política en Salud del Instituto de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Salud Colectiva (ISC) de la Universidad Federal de la Bahía (UFBA) para el análisis de la producción científica brasileira, el presente trabajo tiene por objetivo realizar un mapeo del desarrollo de la producción científica en el área de PPGS en Guatemala.

## **Referencial teórico**

La planificación consiste en un proceso de racionalización de las acciones en el que las proposiciones se definen con el fin de resolver problemas y satisfacer las necesidades individuales y colectivas, para lo cual se debe construir su viabilidad de implementación (TEIXEIRA, 2010). El surgimiento de la planificación en América Latina nace del pensamiento de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL). El pensamiento cepalino operó como el núcleo inicial de la difusión del pensamiento de planificación con una fuerte tendencia económica de desarrollo, neutralidad y despolitización de los instrumentos de planificación. A medida que la Guerra Fría se profundizaba en América Latina, y a raíz de la victoria de Fidel Castro en Cuba, Estados Unidos alentó "políticas económicas gubernamentales planificadas" (PAIM, 1986), para detener el avance de propuestas de desarrollo contrarias a sus intereses.

Posteriormente, ante la falta de un método específico para la salud, y el predominio de la planificación económica, surgió en 1962 el método CENDES-OPS. Este método fue una importante innovación conceptual y metodológica para el área de la salud. El método, aunque de carácter normativo, tiene algunos de sus supuestos aplicados hasta la fecha, especialmente con respecto a las actividades que necesitan la racionalización de los recursos (PAIM, 1986; TEIXEIRA, 2010). El Centro Panamericano de Planificación de la Salud (CPSS) llevó a cabo una nueva propuesta, tratando de alguna manera de incluir el carácter político de la propuesta, aunque centrada en el Estado, aunque ya reconocía el carácter desigual de la distribución del poder, y en algunas ocasiones era posible consultar periódica o esporádicamente la voluntad popular (CPSS, 1975).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Dado el carácter de la desigual distribución del poder de decisión, uno de los consultores que participó en la formulación de la propuesta del CPSS, Mario Testa, desarrolló el pensamiento estratégico en salud. Con esta propuesta, el autor pretende superar el enfoque normativo y enfrentar circunstancias complejas y conflictivas (TEIXEIRA, 2010; TESTA, 1989). En esta propuesta el poder es fundamental, así como sus diferentes formas de expresión en las relaciones entre los diferentes actores sociales: "el pensamiento estratégico es un pensamiento sobre el poder" (TESTA, 1989, p. 23). Los aportes de Testa siguen siendo importantes como un poderoso marco teórico para el análisis de políticas y proyectos públicos. Otro aporte fundamental en la planificación fue de Carlos Matus, quien construye la propuesta de planificación estratégica sobre la noción de situación (HUERTAS, 1995; TESTA, 1990).

Esperidião (2018), realiza una distinción para los estudios sobre políticas públicas. Indicando dos vertientes principales: primero, el "análisis político en salud", en este se incluyen como objeto central el análisis de las relaciones de poder, tanto en el ámbito sectorial como societal, o el proceso político en salud, incluyendo en este grupo los estudios de coyunturas en salud. En el segundo grupo se contemplan los estudios de "análisis de políticas de salud", estos se proponen analizar el contenido de la política, o alguno de sus componentes: financiamiento, gestión, organización e infraestructura. Además, la autora indaga diferencias fundamentales para la comprensión de la producción científica en el campo de PPGS, estableciendo:

Tres nociones distintas: *policy* (planes, directrices, programas), *politics* (distribución del poder y luchas en juego) y también la noción de *polity* (dimensión estructural o sistema, a veces referido al propio Estado, que reúne el conjunto de normas constitucionales; sociedad política) (ESPERIDIÃO, 2018, p. 342, traducción nuestra).<sup>3</sup>

<sup>3</sup> En el original: Três noções distintas são estabelecidas: o policy (planos, diretrizes, programas), o politics (distribuição do poder e lutas em jogo) e, ainda, a noção de polity (dimensão estrutural ou do sistema, por vezes referida ao próprio Estado, reunindo o conjunto de normas constitucionais; sociedade política).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Santos e Teixeira (2016), realizaron una tipología de artículos siguiendo estas definiciones. De tal forma, el análisis en política de salud (*politics*), incluye los diferentes estudios que contemplan la comprensión de la naturaleza, estructura, distribución y relaciones existentes alrededor del poder. Las autoras también realizan una diferenciación de los estudios que tratan sobre componentes del sistema de salud: el financiamiento, la gestión, participación y control social, los modelos de atención, talento humano, información y utilización de tecnologías. Por último, fueron catalogadas las políticas de salud específicas para grupos por ciclo de vida, o para el enfrentamiento de problemas específicos.

Para Mattos (2015), no es necesario realizar un análisis profundo para conocer la diversidad de tradiciones de investigación en el campo de la salud colectiva, enriquecido por matrices disciplinarias diversas y por opciones tanto teóricas y metodológicas. Este referencial teórico tomado como base posee como virtud capturar la diversidad de opciones presentes como objetos de investigación, que se esperaba, permitieran colocar en la agenda la posibilidad de transformación de la situación de salud en el país. Los abordajes y opciones teóricas extrapolan el objetivo de este estudio y sin duda una pregunta a ser explorada. Además, este referencial teórico permite la diferenciación de estudios que problematicen las relaciones de poder existentes y que poseen efectos no solo en la implementación y formulación de políticas públicas, sino en la producción de patrones diferenciados de determinación social.

## Método

Basado en el marco teórico propuesto por el Observatorio de Análisis Política en Salud del ISC/UFBA para el análisis de la producción científica brasileña (ESPERIDIÃO, 2018; SANTOS; TEIXEIRA, 2016; TEIXEIRA, 2015) fue realizado un mapeo preliminar del desarrollo de la producción científica en el área de PPGS en Guatemala.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Se utilizó la base de datos *PUBMED* con las siguientes estrategias de búsqueda: *health AND policy AND Guatemala*; *health E "policy analysis" AND Guatemala*; *health AND politics AND Guatemala*. Los criterios de exclusión definidos fueron: artículos de opinión, editoriales, documentos no disponibles en su totalidad y artículos no circunscritos a Guatemala o al área de Políticas, Planificación y Gestión de la Salud. Esta base de datos fue utilizada debido que el objetivo fue realizar el mapeo inicial de la producción científica y una búsqueda exploratoria en LILACS, fuente importante para América Latina, retornó documentos institucionales o de instituciones multilaterales, sin acceso a documentos en la íntegra.

Se realizó una clasificación temática e histórica. Las categorías temáticas fueron: análisis político en salud (*politics*), estudios sobre componentes del sistema de salud y análisis de políticas de salud específicas (*policy*) (ESPERIDIÃO, 2018; TEIXEIRA, 2015). Las categorías históricas se construyeron a partir de períodos temporales según el contexto sociohistórico guatemalteco, siendo estos: estado de desarrollo autoritario (1973-1985); estado democrático de desarrollo (1985-1990); reforma del sector salud (1991-1999); contrarreforma parcial del sector salud (2000-2009); Inestabilidad político-institucional (2010-2021).

## Resultados

Fueron identificados un total de 531 registros, descartando 47 duplicados y 153 que no fueron realizados en Guatemala y la temática no correspondía con el área de Políticas, Planificación y Gestión de la Salud. Obteniéndose un total de 331 trabajos publicados entre 1973 y 2021. Como se observa en la Gráfica 1, la producción en este campo aumentó de manera gradual con el transcurrir del tiempo. Se percibe un primer aumento en el período de la Reforma Sanitaria, después de la firma de los Acuerdos de Paz. Sin embargo, ese crecimiento se limita y cae durante la contrarreforma, aumentando nuevamente a partir del 2010.

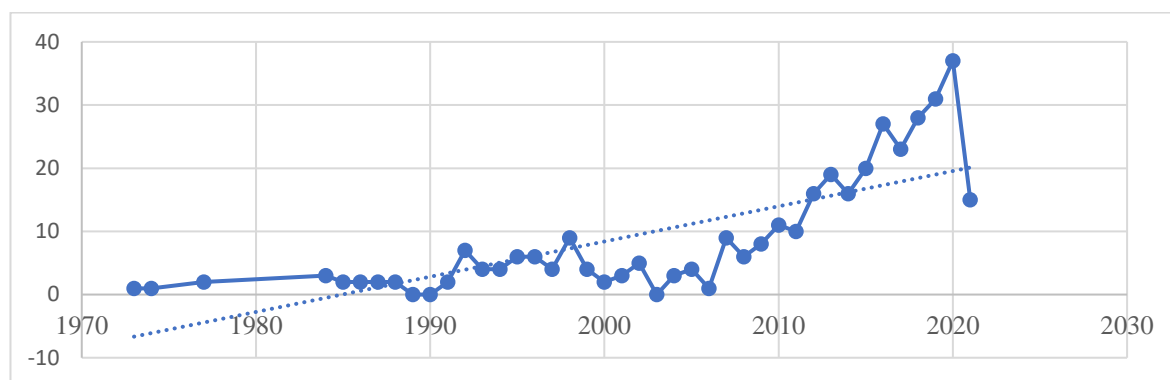


# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Gráfica 1.** Distribución histórica de la producción científica en PPGS. Guatemala, 1973-2021.



Fuente: elaboración propia.

En cuanto a la distribución por clasificación temática, la mayoría de la producción aborda análisis de políticas de salud específicas, seguido por el análisis de componentes. Los estudios realizados en análisis político de salud representan apenas el 10% de toda la producción, siendo en su mayoría enfoques internacionales y estudios multicéntricos (Gráfica 2). La distribución temática a través de los períodos temporales presentada en el Gráfico 3 permite ver que el análisis político en salud siempre es el menos representado. Inclusive, durante el período democrático de desarrollo desaparecen las publicaciones en este tema. A saber, esta época corresponde a la más sangrienta y con mayor represión estatal del Conflicto Armado Interno, pudiendo eso ser la causa. Evidentemente, la producción aumenta con la firma de los Acuerdos de Paz, pero disminuye en la primera década del siglo XXI. Esta disminución corresponde principalmente a la producción en análisis de políticas específicas; mientras que los artículos de análisis político en salud y componentes del sistema de salud comienzan a aumentar. En la última década de este siglo, se percibe el aumento de la producción en las tres categorías. Aunque ese aumento se manifestó de forma distinta en cada eje: políticas específicas

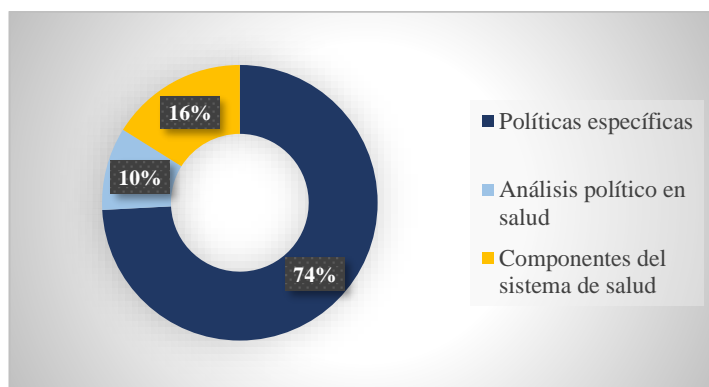
# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

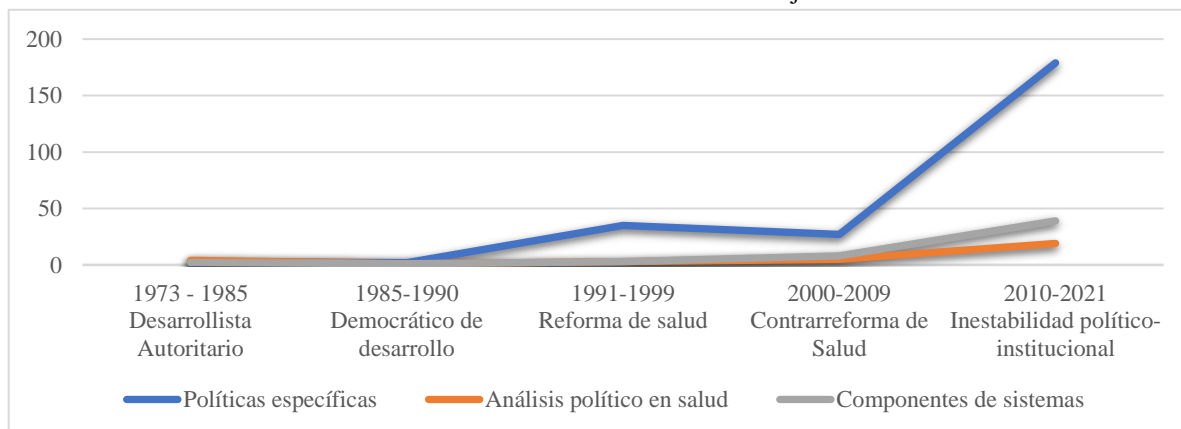
con el mayor crecimiento, seguido de componentes y el análisis político en salud siempre lo hace en menor grado.

Gráfica 2. Distribución de los artículos revisados según eje temático.



Fuente: elaboración propia.

Gráfico 3. Distribución histórica de cada eje temático.



Fuente: elaboración propia.

## Estado desarrollista autoritario (1973-1985)

Este período inicia tras el golpe de estado al gobierno de Jacobo Árbenz Guzmán (1954), coordinado por las élites sociales, la iglesia católica y la Agencia Internacional de Inteligencia



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

(CIA) debido al descontento con las políticas redistributivas y la consolidación de la democracia. Aparecen nuevamente los gobiernos autoritarios, la represión estatal e inician los 36 años del Conflicto Armado Interno. El gasto social, ya bajo, decrece aún más debilitando la estructura estatal y la política sanitaria consiste en la ausencia de una política en sí misma. Se configuran programas sumativos y la inversión se destina a los llamados “polos de desarrollo” que consistían en una forma de asegurar la presencia del Estado por cuestiones de seguridad nacional, restringiendo la capacidad de la movilización ciudadana (FIGUEROA, 2020).

Durante este periodo fueron identificados apenas nueve trabajos. Sobre análisis de políticas de salud específicas el foco dado fue hacia nutrición, suplementación y su relación con infecciones gastrointestinales. El análisis político en salud realizado sobre el auspicio de reformas al sector salud por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo (USAID), el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el banco alemán *Kreditanstalt*, colocadas como necesarias para la mejora de las condiciones sociales y sanitarias (FIEDLER, 1985). Otro trabajo cuestiona el aumento de la pobreza, la distribución desigual de la riqueza y su relación con el bajo gasto en salud, a pesar de otros países mejorar sus condiciones posterior a la Segunda Guerra Mundial (GARFIELD; RODRIGUEZ, 1985). Los dos trabajos que versan sobre los componentes de salud tratan sobre la participación y control social en comunidades rurales de Guatemala para la implementación de un modelo basado en Atención Primaria de Salud (APS).

Estado democrático de desarrollo (1985-1990)

En 1985 se promulga una nueva Constitución, reinstaurándose la democracia; esto, en el pleno del Conflicto Armado Interno. Los gobiernos persisten militarizados, aunque son electos en elecciones populares. El derecho a la salud se consigna en el artículo 93 de esta nueva



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Constitución, rescatándose la obligación estatal de realizar acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación y coordinación. Sin embargo, las políticas sanitarias mantuvieron su enfoque a los programas materno-infantiles y el gasto social no sufrió cambios relevantes. La influencia de entidades internacionales como la OPS continuaban promoviendo los programas verticales y focalizados a través del Plan de necesidades prioritarias de salud para América Central y Panamá (IPSS/CAP) (FIGUEROA, 2020).

El restablecimiento de la democracia (1985-1990), no fue acompañado por un aumento de la producción científica. En este período la producción fue más baja (1%) comparado con otras etapas. Los trabajos identificados sobre políticas en salud específicas continúan siendo en temas nutricionales principalmente con enfoque materno-infantil. Es interesante la presencia de un artículo que visibiliza la planificación de servicios de salud para fines políticos y militares en el contexto de Guerra del país. En este trabajo (WATNICK; WINDER, 1988), se visibiliza la organización de las comunidades para conformar un sistema de salud secreto para atender las necesidades de la población. El único trabajo identificado sobre los componentes del sistema de salud trata sobre recursos humanos.

Reforma del sector salud (1991-1999)

El final del siglo XX se ve envuelto en el proceso de la firma de los Acuerdos de Paz, dándole fin al Conflicto Armado Interno. La salud estaba involucrada en los Acuerdos, exigiéndose que la Reforma estuviera “orientada hacia el efectivo ejercicio por la población del derecho fundamental a la salud, sin discriminación alguna, y el efectivo desempeño por el Estado, dotado de los recursos necesarios, de su obligación sobre salud y asistencia social” (GOBIERNO DE GUATEMALA; UNIDAD REVOLUCIONARIA NACIONAL GUATEMALTECA, 1996, p. 292). Este período, que prometía abordar las inequidades del país y la ausencia del Estado, terminó reconfigurando la estructura estatal a través de la



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

privatización de muchos de los servicios estatales. La agenda política para salud se orientó a la reducción del gasto social y la tercerización de paquetes básicos de salud materno-infantil (FIGUEROA, 2020), producto de la reforma del sector salud en este periodo.

El eje políticas específicas continúa centrado en salud materno-infantil, reproductiva y embarazo adolescente. La nutrición continúa siendo foco. Aparecen algunos estudios sobre el efecto en la salud mental de las infancias producido por el periodo de guerra interna. Los estudios sobre componentes del sistema son centrados en participación social promovida por cooperación internacional con enfoques multidisciplinarios en comunidades mayas, en el contexto de represión estatal presente. Modelos de atención basados en seguros fueron colocados como importantes para la garantía de la atención a la salud. No fue identificado algún estudio de análisis político en salud.

Contrarreforma parcial del sector salud (2000-2009)

El inicio del siglo vio la creación de oficinas estatales orientadas a asegurar la presencia del Estado en procesos de conflictividad agrícola, derechos de las comunidades y pueblos indígenas, derechos humanos y la igualdad entre los géneros. En el campo de la salud, se gesta la Contrarreforma, aunque parcial, eliminando el copago. Se incorporan nuevas categorías de servicios de salud a la red de servicios del Ministerio de Salud, estando estos enfocados a la atención del parto eutócico y por cesárea. Los espacios de voluntariado, creados como mecanismos de prestación de servicios, fueron modificados para asegurar la participación ciudadana. Con todo, se buscaba asegurar una mayor presencia del Estado (FIGUEROA, 2020), con limitaciones presupuestarias y del modelo de atención implementados.

Como en periodos anteriores el análisis de políticas específicas continuó en aspectos nutricionales de recién nacidos, y salud reproductiva (especial énfasis en métodos contraceptivos y parto). Estudios sobre enfermedades infecciosas aparecen con temáticas





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

relativas a malaria, tuberculosis, VIH y dengue. Los estudios sobre análisis político en salud trataron sobre la agenda de reforma de salud en Latinoamérica y el Caribe con participación de agencias internacionales y con un enfoque en paquetes básicos de salud (CROCCO; SCHROEDER; VILLEN; YEN, 2000) e instrumentos para medir efectos en la equidad, eficiencia y rendición de cuentas de las reformas (DANIELS; FLORES; PANNARUNOTHAI; NDUMBE *et al.*, 2005).

Respecto a los estudios sobre componentes del sistema de salud (8 registros), los principales temas fueron medicamentos y participación social en el contexto de violencia política. Así como el desarrollo de tecnologías y estrategias de telemedicina para áreas remotas.

Inestabilidad político-institucional (2010-2021)

Los últimos diez años han significado un ambiente de turbulencia e inestabilidad en el espacio político e institucional del país. Los mecanismos estatales creados a partir de la Firma de los Acuerdos de Paz resultaron siendo insuficientes para conseguir la transformación anhelada debido a su limitada jurisdicción y el debilitamiento progresivo a través del desfinanciamiento. Inicia una pugna de poderes en el espacio político, comenzándose las investigaciones sobre corrupción que llevaron al golpe blando del gobierno de Otto Pérez Molina en 2015. La coyuntura de entonces catalizó la movilización y polarización de la ciudadanía. Dando entrada a gobiernos conservadores con alianzas católicas y neopentecostales y de las élites económicas nacionales e internacionales. Instalándose una nueva agenda de desconfiguración estatal manifestada a través de la represión y uso de la fuerza, así como el cierre de mecanismos de participación ciudadana.

A pesar de ello, los estudios sobre análisis político en salud aparecen de forma incipiente (19 registros). Báscolo (2018), discute la lógica de transformación de los modelos de atención, problematizando su real implementación, ya que existieron propuestas basadas en una APS



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

integral, pero que no lograron materializarse y no obtuvo mejoras. Como destaque aparece un estudio sobre la reivindicación de la figura de la mujer maya en la salud (GIRALT, 2012). El eje predominante fue el análisis de políticas específicas, con 179 registros. El tema nutricional continua dominante, aunque aparecen algunos estudios que cuestionan la necesidad de regulación de la comercialización de algunos productos procesados y su relación con patrones de comportamiento en las infancias. Los estudios sobre enfermedades crónicas se hacen presentes con destaque al cáncer y cuidados paliativos, enfermedad renal crónica, diabetes e hipertensión. La salud reproductiva continúa siendo foco, sin embargo, aparece de forma inicial la salud sexual. El leque de estudios sobre enfermedades infecciosas se amplía a malaria, influenza, VIH, dengue, enfermedad de Chagas, zika y sarampión.

Fueron discutidas problemáticas como la cloración del agua, acceso a agua potable, uso de leña en la cocina, condiciones laborales en ingenios azucareros y en la agricultura con una perspectiva unicausal daño-efecto, y no bajo un enfoque de determinación social de la salud. El uso de tecnologías para la información y comunicación en salud (TICS) fue un tema de destaque por su potencial para la reducción de la mortalidad materna y salud neonatal para prevención de mortalidad, así como la garantía de la continuidad del esquema de vacunas. Tabaquismo. Salud mental. Otras temáticas emergentes fueron la rehabilitación basada en la comunidad, el tabaquismo, el trabajo sexual y migración. Así como estudios sobre abordajes comunitarios para la reducción del riesgo ante desastres. El papel de las Abuelas Comadronas en el sistema de salud varía desde su valorización de conocimiento hasta enfoques verticales sobre la necesidad de su "capacitación".

A pesar de ser el periodo dónde más se discutió sobre componentes del sistema, continúan siendo temas presentes esquemas de aseguramiento para la garantía de la cobertura universal, desde perspectivas municipales (BLAND; PEINADO; STEWART, 2010) o nacionales (BOWSER; MAHAL, 2011). Otros estudios abordan la participación social y enfoques de "gobernanza" en salud. Algunos enfoques sobre mecanismos de participación



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

social y su relación con colonialismo fueron emergentes en este periodo, así como políticas de acceso a medicamentos como opioides. Otros estudios tratan sobre modelos de atención transdisciplinarios entre el modelo de atención biomédico y ancestral (BERGER-GONZÁLEZ; GHARZOUZI; RENNER, 2016) y comienzan a abordar la histórica discriminación a comunidades mayas en los servicios de salud.

## Discusión de resultados

La planificación de la salud es fundamental dada su capacidad para dirigir los caminos definidos por el modelo de atención y sus bases fundacionales, como directrices y principios. América Latina a través del pensamiento crítico en salud ha sido un bagaje teórico-conceptual en salud, que también ocupa un espacio importante en la planificación de la salud. A pesar del pensamiento crítico de la salud colectiva parece que las estructuras de salud pública institucionalizadas no son permeables, especialmente en Guatemala, cuyo contexto muestra que el río fluye con tanta fuerza, sin una dirección clara (o con un direccionamiento hacia la consolidación de la salud como mercancía) que no parece visible en la producción científica.

El análisis político en salud es todavía incipiente, especialmente en materia de planificación sanitaria. Incluso durante el período de la reforma sectorial de 1996, con la implementación de políticas de ajuste estructural auspiciadas por el Banco Mundial. Sin una academia fuerte, sería improbable tener una crítica ante la fuerte presencia del capital extranjero; y, dado el aumento de la producción científica en este eje desde 2010, parece que la producción en esta zona está influenciada por los contextos de conflicto político en el país que no han permitido su expansión, lo cual puede ser un tema por explorar de forma empírica.

A pesar de la baja proporción de talento humano, la accesibilidad de los servicios de salud y la desfinanciación del sistema público de salud en el país, la producción sobre estos temas fue insignificante en los componentes del sistema de salud. Inclusive mecanismos de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

financiamiento basados en propuestas de seguros populares o paquetes básicos de salud fueron discutidos en los artículos, configurando una salud primaria primitiva (TESTA, 1990), siguiendo principios del Banco Mundial, cuyas orientaciones para los países se basaban en medidas técnicas, sin análisis de tipo estructural sobre la salud de los pobres, configurando un tipo de pobreza más saludable (LEGGE, 1993).

El análisis de la nutrición en Guatemala es fundamental debido a sus niveles de desnutrición y aumento de obesidad, así como la ausencia de mecanismos regulatorios fuertes sobre la producción y comercialización de productos industrializados. Sin embargo, este tema debe ser visto de una perspectiva intersectorial y como una política de protección social, atravesada por patrones que producen inequidades en las poblaciones indígenas, rurales (FIGUEROA; COELHO, 2017) y mujeres. Mientras tanto numerosos estudios se enfocan únicamente en “nutrientes”, tanto que muchas estrategias para la desnutrición consisten en suplementación y productos preparados para el consumo. Este enfoque corresponde al pensamiento del nutricionismo (*nutritionism*) o reduccionismo nutricional (CLAPP; SCRINIS, 2017), cuya consecuencia es una mirada restringida del abordaje nutricional.

El análisis de políticas específicas se centra en estudios por daños específicos con poca participación de poblaciones en condición de vulnerabilidad como población garífuna, xinca, mujeres y población LGBTIQIA+. A este respecto, la limitada producción en políticas de salud de las mujeres y la igualdad entre los géneros está relacionada a la ausencia de los movimientos de mujeres y el Estado de Guatemala en las primeras tres Conferencias Internacionales sobre la Mujer, debido a que el país se encontraba en los 36 años de guerra. Es hasta la Cuarta Conferencia, en Beijing 1995, que Guatemala participa y ratifica la Plataforma de Acción.

Fue evidente la lenta transformación de enfoque de los estudios en materia de salud sexual y salud reproductiva en la producción científica. En los primeros períodos, los artículos de salud materna e infantil discuten únicamente la nutrición materna y sus impactos en las infancias, siendo hasta el período de la Reforma Sanitaria (1990-1999) que surgen estudios





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

sobre salud reproductiva. El enfoque de esta salud reproductiva aún se basaba en el paradigma del control demográfico, principalmente estrategias contraceptivas y la atención del parto. No se discuten aún cuestiones relativas a la salud sexual. Esto responde, en parte, al hecho que el concepto “salud reproductiva” se origina mucho antes que el de “salud sexual”. En 1994 se marca el cambio paradigmático de la salud reproductiva como control demográfico hacia el paradigma Centrado en la Salud Sexual y Salud Reproductiva, con una fuerte raíz en Derechos Humanos. Esta mudanza paradigmática no aparece en la producción sino hasta la última década del siglo actual, donde la salud sexual aparece de manera incipiente.

Igual de incipiente es la producción que aborda la valorización del conocimiento ancestral y el modelo de salud de las comunidades indígenas. Esto no aparece sino hasta los últimos diez años, y surgen como una minoría dentro del análisis de políticas específicas. Así como los efectos de los 36 años de guerra en las infancias y familias desplazadas, en su mayoría indígenas. Nada nuevo, considerando que la Comisión de Esclarecimiento Histórico reconoce el proyecto genocida dirigido hacia comunidades indígenas (COMISIÓN PARA EL ESCLARECIMIENTO HISTÓRICO, 1999).

## **Consideraciones finales**

A pesar del debilitamiento del sistema de salud en Guatemala, la reflexividad sobre sus componentes es escasa. No fueron identificados trabajos específicos sobre evaluación de políticas y planificación y el análisis político en salud no es foco de estudio a pesar de las complejas relaciones existentes en los diversos ejes históricos. No existe garantía de que sea posible cambiar el mundo por medio de la producción científica, lo que queda es esperar afectar a otras personas, producir conversaciones (MATTOS, 2015) y estimular el desarrollo de esta área de concentración con potencial transformador de las prácticas para una Guatemala que garantice el derecho a la salud de su población. Este trabajo debe ser completado con un estudio





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

sobre los abordajes teóricos y metodológicos utilizados en el área de PPGS en Guatemala. Otras bases de datos y otros documentos considerados como literatura gris, incluyendo tesis y disertaciones deben ser visitados e incluidos en revisiones de escopo para el mismo tema, debido a la poca tradición de publicación en revistas indexadas. Además, es importante la posibilidad de estudios bibliométricos para determinar si la producción científica corresponde a instituciones académicas guatemaltecas.

## Agradecimientos

Al Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq), por la bolsa de estudios del primer autor de este capítulo.

## Referencias

BÁSCOLO, E.; HOUGHTON, N.; DEL RIEGO, A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. **Rev Panam Salud Publica**, 42, p. e126, 2018. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385643/> Acceso en 31 de may de 2021.

BERGER-GONZÁLEZ, M.; GHARZOUZI, E.; RENNER, C. Maya Healers' Conception of Cancer as Revealed by Comparison With Western Medicine. **J Glob Oncol**, 2, n. 2, p. 56-67, Apr 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5495444/> Acceso en: 31 de may de 2021.

BLAND, G.; PEINADO, L.; STEWART, C. Innovations for Improving Access to Quality Health Care: <sup>[1]</sup>The Prospects for Municipal Health Insurance in Guatemala. In: **RTI Press Policy Brief**. Research Triangle Park (NC): RTI Press, 2010. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554509/> Acceso en: 31 de may de 2021.

BOWSER, D. M.; MAHAL, A. Guatemala: the economic burden of illness and health system implications. **Health Policy**, 100, n. 2-3, p. 159-166, May 2011. Disponible en:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S016885101000343X?via%3Dihub>

Acceso en: 31 de may de 2021.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACIÓN DE LA SALUD; ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Formulación de Políticas de Salud**. Santiago, Chile: Oficina Sanitaria Panamericana, 1975.

CLAPP, J.; SCRINIS, G. Big Food, Nutritionism, and Corporate Power. **Globalizations**, 14, n. 4, p. 578-595, 2017/06/07 2017. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/14747731.2016.1239806?scroll=top&needAccess=true> Acceso en: 31 de may de 2021.

COMISIÓN PARA EL ESCLARECIMIENTO HISTÓRICO. **Guatemala, Memoria del Silencio**. 1 ed. Guatemala: Oficina de Servicios para Proyectos de las Naciones Unidas (UNOPS), 1999.

CROCCO, P.; SCHROEDER, P.; VILLEN, M. T.; YEN, E. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe. **Rev Panam Salud Publica**, 8, n. 1-2, p. 135-139, Jul-Aug 2000. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2000.v8n1-2/135-139/es/> Acceso en: 31 de may de 2021.

DANIELS, N.; FLORES, W.; PANNARUNOTHAI, S.; NDUMBE, P. N. *et al.* An evidence-based approach to benchmarking the fairness of health-sector reform in developing countries. **Bull World Health Organ**, 83, n. 7, p. 534-540, Jul 2005. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/bwho/2005.v83n7/534-540/> Acceso en: 31 de may de 2021.

ESPERIDIÃO, M. A. Análise política em saúde: síntese das abordagens teórico-metodológicas. **Saúde debate**, 42, n. spe2, p. 341-360, 2018. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/D7NCKqzkwjpmQNkxwWWXjLb/?lang=pt> Acceso en: 31 de may de 2021.

FIEDLER, J. L. Latin American health policy and additive reform: the case of Guatemala. **Int J Health Serv**, 15, n. 2, p. 275-299, 1985. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3888870/> Acceso en: 31 de may de 2021.

FIGUEROA, C. D. O.; COELHO, T. C. B. Infância maia guatemalteca: vulnerabilidade nutricional e políticas públicas para seu enfrentamento. **DESIDADES**, 5, n. 15, p. 9-21, 2017. Disponible: [http://desidades.ufrj.br/featured\\_topic/infancia-maia-guatemalteca-](http://desidades.ufrj.br/featured_topic/infancia-maia-guatemalteca-)



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

[vulnerabilidade-nutricional-e-politicas-publicas-para-seu-enfrentamento/2/](#) Acesso en: 31 de may de 2021.

FIGUEROA, C. O. Direito à saúde na Guatemala: (des)configuração histórica e o contexto da COVID-19. *In: VI Seminário Internacional sobre Direitos Humanos Fundamentais: A efetividade dos Direitos Humanos Fundamentais em tempos de Coronavírus 2020*, Niterói. 2. Universidade Federal Fluminense, 09/30/2020. p. 866-883. Disponible en: [https://drive.google.com/file/d/1Y\\_bkvXEi\\_yHZRKV5e7bPIrbubd9RW-un/view](https://drive.google.com/file/d/1Y_bkvXEi_yHZRKV5e7bPIrbubd9RW-un/view) Acesso en: 31 de may de 2021.

GARFIELD, R. M.; RODRIGUEZ, P. F. Health and health services in Central America. *Jama*, 254, n. 7, p. 936-943, Aug 16 1985. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/vol/254/pg/936> Acesso en: 26 de jul de 2021.

GIRALT, A. A decade after Guatemala's agreement on identity and rights of indigenous peoples: Mayan-Tzutujil women's views on health, healing, and disease. *Health Care Women Int*, 33, n. 5, p. 440-456, 2012. Disponible en: <https://tandf.altmetric.com/details/707886> Acesso en: 31 de may de 2021.

GOBIERNO DE GUATEMALA; UNIDAD REVOLUCIONARIA NACIONAL GUATEMALTECA. Acuerdo sobre aspectos socioeconómicos y situación agraria. *Guatemala*, México, pp. 281-314.

HUERTAS, F. *El método PES: planificación estratégica situacional*. Buenos Aires: CEREB; ALTADIR, 1995. 8572850473.

LEGG, D. Investing in the shaping of world health policy. In: Taller de AIDAB, NCEPH y PHA para discutir el 16º Informe sobre el Desarrollo Mundial, Inversión en Salud, *Anais...* Canberra, Australia, 1993.

MATTOS, R. A. d. Ciência, Metodologia e Pesquisa Científica: anotações segundo a perspectiva construcionista. *In: BAPTISTA, T. W. d. F.; AZEVEDO, C. S., et al (Ed.). Políticas, planejamento e gestão em saúde: abordagens e métodos de pesquisa*. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2015. cap. 2, p. 59-80.

MATUS, C. *Política, Planejamento e Governo*. 2 ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1996. (Série IPEA, v. 143).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

PAIM, J. S. O movimento pelo planejamento de saúde na América Latina. *In: Saúde, Crises e Reformas* Salvador: Centro Editorial e Didático da UFBA, 1986. cap. 4, p. 65-86. (Reitor Miguel Calmon).

SANTOS, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Produção científica sobre política de saúde no Brasil (1988-2014): contribuições ao debate sobre a Reforma Sanitária Brasileira. *In: TEIXEIRA, C. F. (Ed.). Observatório de Análise Política em Saúde: abordagens, objetos e investigações.* Salvador: EDUFBA, 2016. p. 41-72.

SOUZA, L. E. P. F. Saúde pública ou saúde coletiva?. *Espaç. saúde (Online)*, 15, n. 4, p. 7-21, Outubro/dezembro 2014. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude\\_publica\\_4.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf) Acesso em: 24 de jul de 2021.

TEIXEIRA, C. Enfoques teórico-metodológicos do planejamento em saúde. *In: TEIXEIRA, C.; VILASBOÁS, A. L., et al (Ed.). Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências.* Salvador: EDUFBA, 2010. p. 17-32.

TEIXEIRA, C. Produção científica na Área de Política, Planejamento e Gestão em Saúde 1975-2010: temas e teorias. *In: BAPTISTA, T. W.; AZEVEDO, C. d. S., et al (Ed.). Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde: abordagens e métodos de pesquisa.* Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. cap. 3, p. 81-111.

TESTA, M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso salud)*. Argentina: Oficina Sanitaria Panamericana, 1989. 950-99324-9-3.

TESTA, M. *Pensar en salud*. Oficina Sanitaria Panamericana y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1990. 950-710-003-2.

WATNICK, M.; WINDER, A. E. The secret health care system: guatemala 1988. *Int Q Community Health Educ*, 9, n. 3, p. 243-250, Jan 1 1988. Disponível em: [https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/AKPF-Q3T6-13CM-LD2Q?url\\_ver=Z39.88-2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%200pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/AKPF-Q3T6-13CM-LD2Q?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed) Acesso em: 31 de may de 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: UM ESTUDO DA REDE DE RIO CLARO/SP

Cacilda Peixoto<sup>1</sup>  
Renata Bellenzani<sup>2</sup>  
Luciana Nogueira Fioroni<sup>3</sup>  
Elton Gean Araújo<sup>4</sup>  
Bernardino Geraldo Alves Souto<sup>5</sup>

**Resumo:** A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) corresponde à manifestação clínica da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Apesar dos avanços na luta contra a epidemia de HIV/AIDS, ela se mantém como um problema em saúde pública, com dados significativos de morbimortalidade e obstáculos que precisam ser superados. Diante do cenário mundial, que aponta elevados índices de contaminação pelo HIV, e da necessidade de oferta de ações que visem diminuir a disseminação da doença, a partir de 2003, o processo de descentralização da testagem e aconselhamento para o HIV na atenção básica intensificou-se, impulsionando o debate sobre o potencial desse nível de atenção no controle do HIV/AIDS, até então sob maior centralização pelos serviços de atendimento especializado. Nesse contexto, o estudo teve como objetivo avaliar a assistência em HIV/aids na atenção básica, sob a opinião avaliativa dos profissionais enfermeiros. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa, da qual participaram 22 profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família da cidade de Rio Claro/SP. Os dados foram coletados por meio de questionário, entre outubro de 2019 e janeiro de 2020, analisados através do cálculo do Ranking Médio (RM), o Coeficiente alfa de Cronbach e estatística descritiva, com os programas SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) e STATA (Statistical Software). Os resultados mostraram fragilidade de desempenho das unidades com relação aos domínios: Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis. As unidades realizam um trabalho satisfatório em relação à oferta

<sup>1</sup> Ma. em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos, UFSCAR, Brasil E-mail: brancapei@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Dr<sup>a</sup>. em Saúde Coletiva, Prof.<sup>a</sup>. Adjunta da UFMS-Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) na Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, Brasil

<sup>3</sup> Dr<sup>a</sup> em Psicologia, Docente associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica (PPGGC) na Universidade Federal de São Carlos - UFSCar, Brasil.

<sup>4</sup> Dr. em Agronomia, Prof. Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

<sup>5</sup> Dr. em Ciências da Saúde Infectologia e Medicina Tropical, Prof. Associado do Departamento de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

do teste rápido, disposição de insumos de proteção (preservativos), prevenção da transmissão vertical do HIV e diagnóstico precoce, valorizando a capacidade da Atenção Básica nas ações que podem enfraquecer a disseminação da infecção pelo vírus. O melhor desempenho foi expresso nas ações mais normatizadas, com tendência à padronização e de caráter técnico, comparadas às ações de natureza processual, comunicacional e que exigem singularização das abordagens, com foco em especificidades e demandas. Faz-se necessário avançar no cuidado integral e na prevenção que integre os domínios técnicos protocolares com os domínios psicossocial e educacional das ações em saúde, sobretudo, a abordagem das vivências da sexualidade, diversa e plural, a mitigação do estigma da AIDS e das iniquidades sociais e de saúde. A efetivação de novos arranjos estruturais, tecnológicos e processuais, bem como, de interações entre gestores, profissionais de saúde e usuários, pretende focar a superação das dificuldades e a implementação de práticas humanizadas e resolutivas no controle da epidemia do HIV/AIDS entre o nível de atenção apresentado.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS; Descentralização; Atenção Básica; Assistência; Enfermagem.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A constituição da resposta brasileira à epidemia do HIV/AIDS associa-se ao conjunto do movimento social e político que originou o SUS, logo, ela emerge no país exatamente durante o mesmo momento político. Após aproximadamente três décadas de epidemia são evidentes as conquistas alcançadas em termos de conhecimentos, formulação de políticas baseadas em evidências, desenvolvimento técnico e científico, inovação na produção de medicamentos antirretrovirais, estratégias de prevenção e de acesso à significativa camada da população, deste modo, todos esses dispositivos disponíveis na atualidade entre a política de saúde, possibilitam melhoria da qualidade de vida das pessoas afetadas (BERMUDEZ, 2018).

Os desafios mostram que, apesar dos avanços na luta contra a epidemia de HIV/AIDS, a doença se mantém como um problema em saúde pública, com dados significativos de morbimortalidade e obstáculos a serem superados (PADOIN et al., 2010). Segundo dados das



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Organizações das Nações Unidas no Brasil (2014), nos últimos 30 anos a doença teve efeito devastador em famílias, comunidades e países, com a perda de 35 milhões de vidas (ONUBR, 2014). Estatísticas globais referentes ao ano de 2019 informam 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo vivendo com HIV e 74,9 milhões de pessoas infectadas, desde o início da epidemia, o que gera expressiva preocupação mundial em controlar a disseminação (BRASIL, 2019).

Desde os primeiros passos dados pela resposta à Aids o modelo desenvolvido de atenção estava centrado em especialidades, já que a finalidade era enfrentar um problema de saúde de complexas características clínicas. Evidentemente, os serviços ambulatoriais especializados, que contavam com equipes multidisciplinares, infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos, procuravam desenvolver cuidados integrais em saúde (NEMES et al, 2004).

Ao longo de mais de duas décadas percebemos que este modelo assistencial exerceu seu papel e favoreceu o cuidado das pessoas com HIV/AIDS, ainda que com grande diversidade nos seus formatos nas diversas unidades em que estes serviços se estabeleceram. Atualmente, com o aumento de novas infecções em populações chave, principalmente, jovens HSH, a cronificação da doença e os novos protocolos clínicos que preconizam o início da terapia antirretroviral precoce, deste modo, possibilitou a ocorrência de mudanças como o reordenamento das linhas de cuidado na atenção básica e na alta complexidade (BERMUDEZ, 2018). A oportunidade de fortalecer a atenção primária através da descentralização de ações de prevenção e de cuidado do HIV/AIDS denota um passo importante e, ao mesmo tempo, um desafio. Destaca-se aqui a preocupação com a capacidade de inserção das populações afastadas dos serviços por impedimentos estruturais diversos, o que acarreta a necessidade de novas competências, assim, os profissionais da Atenção Básica necessitam construir novas estratégias para atender essa demanda. Isto implica não só na oferta de testes rápidos, mas, também em



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

aconselhamento, diagnóstico e seguimento clínico de pacientes que não necessitem de atendimento especializado (BERMUDEZ, 2018).

O sucesso e efetividade na implementação e integração das ações de prevenção e assistência em DST/AIDS na rede de atenção básica estão sujeitos à continuidade dos processos de apoio e qualificação das equipes de gestão, assim como dos trabalhadores, para a construção de uma atenção integral (PAULA; GUIBU, 2007). Diante deste cenário, o presente estudo<sup>6</sup> pretendeu avaliar a atenção ao HIV/AIDS na atenção Básica de Rio Claro/SP, sob a ótica dos profissionais enfermeiros. O tema está alinhado às prioridades sociais do momento em que vivemos e ao Eixo Temático 1: Política, Planejamento e Gestão em Saúde que foi apresentado no Congresso-CINPSUS, sobretudo, o estudo tem a possibilidade de contribuir na melhoria da assistência profissional e na qualidade de vida da população que (con)vive com HIV/AIDS.

## Método

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório e descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa procura validar as hipóteses por meio da utilização de dados estruturados, com sugestão de um curso final da ação. Ela quantifica os dados e generaliza para os interessados, os resultados da amostra, com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos, emprega recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los: porcentagem, média, desvio padrão, coeficiente de correlação e regressões, entre outros (MATAR, 2008). Já as pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis sendo que as do tipo exploratório procuram uma primeira aproximação do pesquisador com o

---

<sup>6</sup> Extraído da dissertação de mestrado em programa de Mestrado Profissional em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos com o título: Atenção em HIV/AIDS na Atenção Básica: um estudo da rede de Rio Claro-SP (PEIXOTO, 2020).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

tema, para torná-lo familiarizado com os fatos e fenômenos relacionados ao problema a ser estudado. (GIL, 2010).

A pesquisa foi realizada na rede de Atenção Básica (AB) da cidade de Rio Claro, Município brasileiro do interior do Estado de São Paulo, com população estimada de 206.424 habitantes. O Município conta com uma rede de AB composta por seis unidades básicas de saúde e 23 unidades da Estratégia Saúde da Família, totalizando 29 unidades. Foram selecionados para o estudo enfermeiros que atuam na AB, com total de 22 profissionais. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSCar (CAAE n.º 11517119.8.0000.5504; parecer n.º 3.480.465).

O instrumento de coleta de dados foi um questionário construído e validado por Castro (2015), composto por 18 questões que avaliam a atenção ofertada pelos profissionais de saúde na AB para efetivação do controle do HIV/AIDS, nos seguintes domínios:

**Quadro 1-** Detalhamento dos domínios do questionário.

<b>DOMINIOS</b>
<p><b>1. EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item15: São realizadas ações educativas coletivas voltadas para a população relacionada à prevenção das IST 's (infecções sexualmente transmissíveis)?</li> <li>- Item16: São realizadas ações educativas para informação e prevenção das IST 's (infecções sexualmente transmissíveis) no espaço físico da unidade de saúde?</li> <li>- Item12: É realizada educação em saúde acerca de hábitos de vida saudáveis nos equipamentos sociais sob a abrangência da unidade?</li> <li>- Item 18: As ações educativas acerca do HIV/AIDS são desenvolvidas sem dificuldades/entraves?</li> </ul>
<p><b>2. DIAGNÓSTICO PRECOCE CONTINUIDADE DA ATENÇÃO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item6: As pessoas com diagnóstico positivo para HIV/AIDS são referenciadas pela unidade?</li> <li>- Item7: É realizada busca ativa aos parceiros(as) quando o diagnóstico do HIV/AIDS foi positivo?</li> <li>- Item17: É realizada a notificação de IST (infecção sexualmente transmissível) e agravos no SINAM (sistema de informação de agravos de notificação)?</li> <li>- Item9: Pessoas sugestivas de infecção por HIV que procuram a unidade básica tem a oportunidade de realizar o teste diagnóstico na rede de saúde?</li> </ul>



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<p><b>3.PREVENÇÃO DE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item 13: Na entrega da camisinha (condom) é realizada orientação para seu uso?</li> <li>- Item 3: São realizadas, na área de abrangência da unidade de saúde, campanhas informativas e de sensibilização acerca dos comportamentos de risco para infecção por HIV/AIDS?</li> <li>- Item 5: A unidade básica de saúde disponibiliza de materiais didáticos para realização de ações educativas?</li> </ul>
<p><b>4. EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item 1: Possui acesso a manuais e cadernos do Ministério da Saúde referentes ao manejo de infecções sexualmente transmissíveis?</li> <li>- Item 4: Possui conhecimento dos conteúdos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde a respeito das medidas utilizadas no controle do HIV/AIDS na atenção básica?</li> <li>- Item 2: Participou de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/AIDS nos últimos cinco anos?</li> </ul>
<p><b>5. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item 14: O resultado da 1ª e 2ª sorologia para HIV, solicitada no pré-natal, é entregue à gestante ainda durante a gravidez?</li> <li>- Item 8: As gestantes identificadas com HIV/AIDS que foram referenciadas serviços de média e alta complexidades acompanhadas pela unidade de saúde?</li> </ul>
<p><b>6. TESTAGEM PARA HIV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item 10: A unidade de saúde disponibiliza material para realização de testes rápidos para HIV/AIDS?</li> <li>- Item 11: Recebe/recebeu capacitação para realizar testes rápidos para HIV/AIDS?</li> </ul>

Fonte: Castro (2005).

As respostas do questionário são organizadas em escala tipo Likert, na qual o participante responde a partir do grau de concordância com a afirmação previamente registrada no instrumento. As questões são construídas de acordo com afirmação auto descritiva e as opções de resposta oferecem uma escala de pontos com descrições verbais que contemplam extremos, como “concordo totalmente” e “discordo totalmente”. Para a análise do questionário, optou-se por avaliar as respostas relacionadas aos domínios indicados por Castro (2015), idealizadora do instrumento.

A análise estatística<sup>7</sup> dos dados foi realizada através do cálculo do Ranking Médio (RM) segundo Oliveira (2005), que tem por objetivo mensurar o grau de concordância ou

<sup>7</sup> Por questões de espaço o capítulo terá como objetivo a abordagem dos principais resultados, outras análises estatísticas podem ser verificadas diretamente na dissertação, entretanto, não serão expostos na íntegra neste capítulo.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

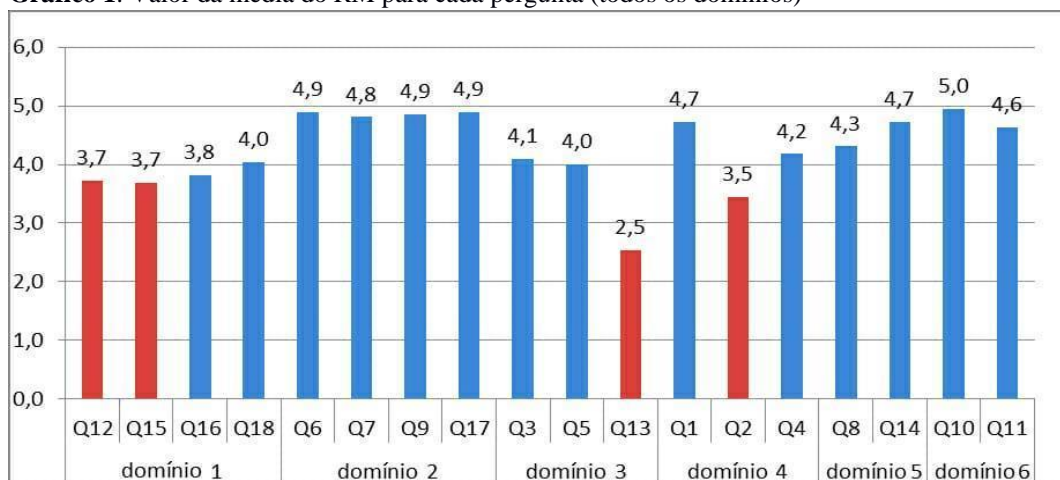
18 e 19 de junho de 2021

discordância de cada questão avaliada. Por meio do Ranking Médio da pontuação atribuída às respostas (no caso, de 1 a 5), foi calculada a média ponderada para cada item relacionado à frequência das respostas dos participantes, a cada uma das questões. Para obter o valor do Ranking Médio, calculou-se, inicialmente, a média ponderada. Quando o resultado do Ranking Médio se aproxima do valor 1, é possível identificar que a maioria dos entrevistados considera menos importante aquele item de resposta. Ao contrário, quanto mais próximo do valor 5, maior será a potencialidade do item de acordo com o domínio analisado.

## Resultados e discussão

Para fins de síntese dos resultados e sua melhor visualização, além de facilitar o entendimento do processo de cálculo do RM, foi elaborado o Gráfico 1 o qual expõe todos os domínios, possibilitando a visualização, nesta pesquisa, dos que tiveram os melhores e piores resultados. Verificam-se os melhores desempenhos nos domínios 2, 5 e 6, com pontuações bem próximas do máximo 5. Nota-se também que, embora o desempenho seja pior nos domínios 1, 3 e 4, ainda assim, existem questões com respostas positivas: pontuações de 4,0 a 4,7.

**Gráfico 1.** Valor da média do RM para cada pergunta (todos os domínios)



Fonte: Dados da pesquisa (2020)



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Pela avaliação do Domínio 1, dados os valores alcançados, observa-se que os piores desempenhos estão na questão 15, com RM de 3,68, e na questão 12, com RM de 3,72. Já as questões 16 e 18 apresentaram, respectivamente, um RM de 3,8 e 4,0. No entanto, quando analisadas as respostas separadamente, verifica-se que essas questões apresentam um número elevado na resposta “às vezes”: (7) e (8), contudo, o que as coloca na faixa 3 (neutro) de pontuação, indicação de um desempenho pouco satisfatório dentro da escala, revela-se uma pequena fragilidade nas ações de educação em saúde das unidades estudadas. Esse resultado pode ser considerado preocupante, uma vez que a prevenção do HIV/AIDS se faz por meio de ações educativas, a partir dessas pode-se mobilizar reflexões e comportamentos direcionados à produção de saúde.

No Domínio 2, as questões obtiveram RM próximos do ponto máximo 5, ou seja, verifica-se desempenho muito satisfatório, com potencialidade significativa das unidades com referência às ações de diagnóstico precoce e continuidade da atenção. Esse resultado é devido ao conjunto de respostas estarem, todas, concentradas na alternativa “sempre”, mostrando ações positivas conforme as diretrizes governamentais, na oferta do teste rápido, busca ativa de parceiros, referenciamento para o serviço especializado quando necessário e notificação no sistema de controle.

O pior desempenho observado no domínio 3 refere-se à questão 13, com RM de 2,5. Na questão 3, encontra-se a mesma variabilidade nas respostas, em que, apesar de um RM 4, há um número elevado de respostas “às vezes” (6), apontando para uma fragilidade das unidades estudadas nas ações de prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. Existe discreta disparidade nesse domínio, uma vez que se obteve um resultado positivo com relação à disponibilização de materiais educativos. Há uma relação entre esse resultado e o encontrado no domínio 1, relacionado a Educação e Saúde, sendo que, esses materiais são subsídios importantes nas ações educativas.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

No Domínio 4, o pior resultado observado foi na questão 2, com RM de 3,45, demonstrando uma fragilidade com relação às ações de capacitação dos trabalhadores, no âmbito da educação permanente. Porém, com relação ao acesso aos manuais do Ministério da Saúde, os resultados foram positivos, com RM de 4,18 e 4,72, indicando que as enfermeiras das unidades estudadas têm se apropriado das diretrizes para uma atuação de qualidade com relação ao cuidado e à prevenção ao HIV/AIDS.

De acordo com os resultados, o domínio 5 demonstra potencialidade das unidades, com RM de 4,3 e 4,7 com relação à prevenção da transmissão vertical do HIV. Esse resultado corrobora os esforços governamentais que durante a evolução da epidemia de Aids, têm incorporado muitos avanços ao atendimento à gestante infectada pelo HIV. Os avanços relacionados ao acolhimento, profilaxia, tratamento e acompanhamento a essas mulheres transformaram o cenário da infecção no recém-nascido. No Brasil, as intervenções encontram-se amplamente disponíveis. Destacam-se como elemento fundamental de enfrentamento desse agravamento, as ações preventivas e profiláticas que necessitam serem reforçadas na assistência ao pré-natal e ao parto, com a triagem laboratorial de todas as gestantes no pré-natal e no parto, assim como o tratamento oportuno e adequado também ao parceiro sexual (BRASIL, 2019). No domínio 6, como no domínio 5, as unidades demonstram uma potencialidade relacionada à testagem para o HIV, com RM próximo do ponto máximo 5. Nota-se que os dois domínios abordam o teste rápido realizado nas unidades: no domínio 5, a testagem para todas as gestantes e, no domínio 6, pela disponibilização do teste para a população em geral. Esse resultado sugere um trabalho efetivo na prevenção e cuidado ao HIV/AIDS, indicando que a experiência da descentralização do cuidado garante aos usuários do SUS acesso mais rápido e eficiente aos testes, o que facilita o diagnóstico e o início mais rápido de seu tratamento.

Considerando esses resultados, apreende-se que as unidades de saúde analisadas na cidade do estudo apresentam um bom desempenho com relação ao cuidado do HIV/AIDS, no



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

interior do processo de descentralização que se desenha, destaca-se como negativa somente a ação de associar a entrega do preservativo à escuta e orientações (Q13).

De acordo com Ferraz e Nemes (2013), às ações com maior facilidade para serem implantadas são as que têm maior definição normativa, ou seja, aquelas cujas formas operacionais estão estabelecidas em diretrizes e protocolos. Os resultados do presente estudo confirmam o que afirmam esses autores, logo, sugerem haver tendências de melhores desempenhos nesse tipo de ações e/ou domínios a elas correspondentes. São exemplos, a disponibilização de preservativos masculinos, a oferta de testes diagnósticos, o tratamento das IST e a oferta de orientações mais gerais em alguns atendimentos individuais e coletivos. No entanto, por essas ações terem definição normativa, e os procedimentos serem realizados de maneira padronizada, pode haver a tendência de menor possibilidade de personalização do atendimento e da orientação, o que dificulta o enfrentamento das dificuldades da pessoa em aderir aos métodos preventivos.

**As principais potencialidades e fragilidades no cuidado ao HIV/Aids na rede de atenção da cidade do estudo**

**Avanços e Conquistas: Os melhores desempenhos estão no Diagnóstico Precoce, na Prevenção da Transmissão Vertical e na Testagem para HIV**

Observamos no estudo que os domínios com melhores desempenhos foram os de número 2, 5 e 6. Além disso, novas diretrizes nacionais e experiências locais têm destacado a AB como protagonista no tema do HIV/AIDS, com a função de manter e ampliar ações de promoção, prevenção e diagnóstico e de incorporar o acompanhamento de usuários do SUS com HIV (MELO; MAKSUD; AGOSTINI, 2018).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A gestão compartilhada do cuidado de uma pessoa com sorologia positiva para o HIV, entre o especialista (infetologista) e o médico que atua na Atenção Básica (UBS ou ESF) e entre as equipes multidisciplinares do SAE, pode ser considerado o melhor caminho para o aprimoramento da assistência prestada ao portador do HIV. No SAE, existem profissionais com um conhecimento apropriado da clínica do HIV e do manejo desse agravo, que deve e pode ser compartilhado com a Atenção Básica.

Assim, embora existam muitas dificuldades e obstáculos a serem superados na AB, para a concretização do cuidado à pessoa portadora do HIV/AIDS, observa-se que as profissionais demonstram preocupação e empenho em desenvolver um cuidado integral dentro das possibilidades que são ofertadas, apesar das inúmeras transformações que permeiam suas atividades. As ações de prevenção, promoção e tratamento ofertadas na AB da cidade em estudo mostram-se como ferramentas importantes para a assistência desse público específico.

## **A Fragilidade na Educação Permanente dos profissionais de enfermagem “na linha de frente” da assistência em HIV/AIDS na atenção básica**

No que diz respeito às fragilidades, a análise estatística realizada, mostrou que, nas questões do Grupo 1 (Q2 e Q 13), ocorreram as piores avaliações por parte dos profissionais enfermeiros, com um percentil 25 de 3,25 para os resultados do Cluster, com RM com valores de 3,5 e 2,5.

No conteúdo da Q2 (Participou de treinamento/capacitação sobre temas relacionados ao controle do HIV/AIDS nos últimos cinco anos, evidencia-se fragilidade no desempenho das unidades estudadas quanto às ações relacionadas à capacitação dos trabalhadores, relacionadas, por exemplo, à Educação Continuada ou Educação Permanente, que são ações educativas cuja missão é desenvolver o ensino e as habilidades tanto técnicas como interpessoais, com objetivo de promover um atendimento humanizado e de qualidade (CARNEIRO et al., 2006).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Desse modo, os resultados do presente estudo corroboram os dos estudos mencionados, ao verificar que o desenvolvimento atual dos processos de capacitação na AB da cidade pesquisada é insatisfatório, indicando necessidade de uma melhor articulação por parte dos gestores, das equipes de trabalho das unidades e das instituições formadoras para uma reflexão conjunta sobre esse processo, na busca de uma educação que desperte o interesse em desenvolver competências, modificar práticas profissionais e transformar as ações, para uma assistência mais integral e humanizada. Aperfeiçoar as práticas de educação em saúde pode gerar resultados satisfatórios no crescimento profissional da equipe, proporcionar melhoria no atendimento aos usuários, além de contribuir para o desenvolvimento e capacitação profissional.

## **Considerações finais**

Os resultados da avaliação da Atenção em HIV/AIDS na Atenção Básica de Rio Claro/SP apontam a atuação com tendência à efetividade, embora, com algumas fragilidades de desempenho das unidades com relação a determinados domínios tais como: Educação em Saúde, Educação Permanente em Saúde e Prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de ampliação e melhoria das ações que visam à prevenção e o controle do HIV/AIDS na atenção básica, dadas as fragilidades que os serviços apresentam. As dificuldades podem estar relacionadas aos aspectos políticos e de gestão, a estrutura física das unidades, organização do trabalho, baixa adesão da população aos grupos educativos desenvolvidos e, sobretudo, a dificuldade de abordagem aos usuários nas questões relacionadas à sexualidade e prevenção à saúde sexual. De acordo com as respostas dadas pelas profissionais e com as fragilidades encontradas, sugere-se que os serviços sejam reorganizados, de modo que incorpore novas maneiras de se trabalharem as questões relacionadas à Educação em Saúde para prevenção do HIV/AIDS e outras IST. Torna-se



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

imperativo avançar nas ações de educação em saúde, em uma proposta de construção compartilhada de saberes, utilizando a educação popular e a interdisciplinaridade, assim como a utilização dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade.

Considerando que a AB configura a porta de entrada do SUS e as ações com relação à proteção e prevenção deveriam estar nas ações rotineiras dos serviços, o estudo aponta aspectos-chave que merecem maior atenção dos gestores e das equipes com o objetivo de gerar melhorias. Talvez seja necessário buscar novas estratégias para o enfrentamento dos fatores que dificultam a melhoria, com esforço conjunto entre as equipes de trabalho e os gestores, buscarem novas metodologias/estratégias de trabalho para as questões consideradas de suma importância para uma melhor atuação da AB na resposta ao HIV/AIDS.

Paralelamente a pesquisa também identificou na rede avaliada avanços e potencialidades: a oferta do teste rápido, disposição de insumos de proteção (preservativos), prevenção da transmissão vertical do HIV e diagnóstico precoce. Isso tende a corroborar a tese da capacidade potencial da AB nas ações que podem mitigar a disseminação da infecção pelo vírus, além de diminuir o impacto que essa epidemia causa na população. Evidentemente o avanço da qualidade da atenção ao HIV/AIDS na Atenção Básica de saúde depende de uma mobilização das esferas governamentais na forma de apoio à concretização de novos arranjos tecnológicos, de recursos humanos, de educação permanente e estrutura física das unidades para buscar a superação de dificuldades. É fundamental também que se reconheça a importância dos profissionais da saúde e do investimento em sua formação (Educação Permanente), especialmente na figura da/o enfermeira/o, na condução das práticas de prevenção e controle do HIV/AIDS, em uma assistência de qualidade, baseada na visão integral e humanizada do cuidado.

Conclui-se, que diante do objetivo proposto para o estudo - compreender o processo de atenção ao HIV/AIDS na rede de Atenção Básica de Rio Claro/SP, as análises quantitativas realizadas a partir dos dados obtidos via questionário, possibilitaram obter uma avaliação mais



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

panorâmica da atenção em curso, centrando-se principalmente em níveis de execução de ações técnicas normatizadas e protocolares. As unidades estudadas realizam um trabalho bastante satisfatório com relação às ações de maior cunho normativo e mais diretivas, cujas recomendações são sistematizadas em manuais e resoluções elaborados pelos governos. Por outro lado, revelam-se menos potentes as ações que exigem manejo de tecnologias leves, assentadas na relação de comunicação, e de maior incorporação de aspectos e condições psicossociais dos usuários, sobretudo, na abordagem de como enfrentar/lidar com questões/problemas cotidianos das pessoas em suas relações interpessoais e institucionais. São ações que demandam diálogos mais reflexivos e singularizados, sobre possibilidades de práticas e decisões que as pessoas têm em meio às barreiras enfrentadas. Sugere-se, que futuras pesquisas sobre o tema explorem dimensões qualitativas do objeto/tema, levando em consideração os aspectos interacionais, intersubjetivos e socioculturais envolvidos nas execuções das ações programáticas que compõem a atenção às pessoas com HIV/AIDS, bem como, a prevenção desse agravo.

## Referências

BERMÚDEZ, Ximena P D. **Trajetórias e horizontes da epidemia do HIV/Aids**. 1. Universidade de Brasília e Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Saúde no Brasil, 2018. Disponível em: < <https://apsredes.org/pdf/sus-30-anos/09.pdf> > Acesso em 27 fev 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico AIDS e IST**, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hivaids-2019>. Acesso em 13 mai 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**, Brasília, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv> Acesso em 24 de jun de 2020.

CARNEIRO, Márcia Simão *et al* . Educação permanente em saúde no desenvolvimento organizacional do serviço de enfermagem da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará. **Rev. Para. Med.**, Belém , v. 20, n. 4, p. 35-39, dez. 2006 . Disponível em <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-59072006000400007&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072006000400007&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em 04 ago 2020.

CASTRO-RIBEIRO Revia. **Elaboração e validação de questionário para avaliação do controle do HIV/AIDS na atenção básica**. Dissertação (Mestrado em Saúde e Sociedade). Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Faculdade de Enfermagem – Mossoró, RN, 2015

GIL, Antonio C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MATTAR, Fauze N. **Pesquisa em marketing**. 6. ed. Atlas: São Paulo: Atlas, 2008.

MELO Eduardo, A.; MAKSUD, Ivia.; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/AIDS e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Rev Panam Salud Publica**. 2018; 42: e151. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>> Acesso em 23 fev 2020.

NEMES Maria Ines B.; CASTANHEIRA Elen Lodeiro Rose.; MELCHIOR Regina.; ALVES Maria Teresa Soares Seabra Brito.; BASSO Caritas Relva. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2004; 20(2): S310-S321. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800024&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800024>. Acesso em 23 fev 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

OLIVEIRA, Luciel. **Exemplo de cálculo de Ranking Médio para Likert. 2005.** Dissertação (Mestrado em Adm. e Desenvolvimento Organizacional) – Programa de Pós Graduação em Administração - Faculdade CNEC/FACECA, Varginha, 2005.

ONUBR. Organizações das Nações Unidas no Brasil. **A ONU e a resposta à aids no Brasil.** Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS), 2014. Disponível em: <<http://www.unaids.org.br/documentos/A%20ONU%20e%20a%20resposta%20-%20PORTUGU%C3%8AS.pdf>> Acesso em 27 fev 2020.

PADOIN, Stela Maris Melo. *et al.* Cotidiano terapêutico de adultos portadores da síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Enferm.** v. 3, n. 18, p. 389-93, 2010. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a09.pdf> Acesso em: 18 jul. 2018.

PAULA Ivone A.; GUIBU Ione A. **DST/AIDS e rede básica: uma integração necessária.** São Paulo (SP): Secretaria de Estado da Saúde; 2007. Disponível em: [https://issuu.com/crtidstaidsspertaids/docs/atencao\\_basica\\_completo](https://issuu.com/crtidstaidsspertaids/docs/atencao_basica_completo) Acesso em 20 jan 2019.

PEIXOTO, Cacilda. **Atenção em HIV/AIDS na Atenção Básica:** um estudo da rede de Rio Claro/SP. 2020.97f. Dissertação ( Mestrado Profissional)- Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.2020.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## A PANDEMIA POR COVID-19 NA POPULAÇÃO INDÍGENA: O CASO DAS ETNIAS CEARENSES

Maria do Socorro Litaiff Rodrigues Dantas<sup>1</sup>  
Eliane Mara Viana Henriques<sup>2</sup>  
Iatiane Viana de Freitas Lemos<sup>3</sup>  
Andrea Caprara<sup>4</sup>

**Resumo:** Em 2010 criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde que responde pela coordenação e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS, através de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Objetivou-se descrever a situação da pandemia por Covid-19 na população indígena com foco nas etnias cearenses, relacionando distintas fontes de informações. Estudo ecológico de análise da mortalidade por Covid-19 na população indígena cearense, a partir do cruzamento dos dados da plataforma IntegraSUS/Secretaria Estadual de Saúde-CE (SESA) e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)/Ministério da Saúde (MS). Situação do total de casos de Covid-19 na população indígena (SIASI, 03/05/2021), segundo o DSEI: número de casos suspeitos=929, confirmados=47.576, descartados=61.026, infectados (que estão atualmente doentes)=2.258, curados=44.531 e número de óbitos=661. Maior ocorrência: Mato Grosso do Sul (88), Leste de Roraima (65), Xavante (56), Alto Solimões (50) e Litoral Sul (48). Taxa de letalidade: Xavante (6,2%), 4 vezes a média nacional (1,3%), 4 tiveram valores médios de 2% e os outros (29) apresentaram letalidade abaixo de 2%, incluindo o DSEI Ceará (1,21%), com 8 óbitos; menor valor: Vale do Javari (0,2%). Mortalidade/(100.000hab): Brasil=86,934; população

<sup>1</sup>Enfermeira. Mestre e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva PPSAC, Centro de Ciência da Saúde pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Participante do grupo de pesquisa: Eco-Bio-Social. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil, e-mail: socorrolitaif@gmail.com;

<sup>2</sup> Nutricionista. Doutora e Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Docente da Universidade de Fortaleza. Divisão de Atenção à Saúde Indígena-DSEI-CE/SESAI/MS. Participante do grupo de pesquisa: Eco-Bio-Social. Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira, Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena-DSEI-CE/SESAI/MS. Participante do grupo de pesquisa: Eco-Bio-Social. Universidade Estadual do Ceará Fortaleza, Brasil

<sup>4</sup> Médico e Antropólogo. Pós Doutor em Ciências Humanas. Professor do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil, líder do grupo de pesquisa: Eco-Bio-Social. Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

nacional=219,8 (DATASUS/MS). Boletim Epidemiológico do DSEI-CE (SIASI,23/04/2021): 3.433 casos notificados; 1.218 confirmados: Caucaia (317), Maracanaú (216), Crateús (208), Itarema (198) e Monsenhor Tabosa (78); óbitos: 8. Incidência (/100.000 habitantes) (pop=25.552): Tamboril (144,3), Acaraú (99,6) e Crateús (73,8). Dados SESA-CE: Mortalidade=224,2; casos confirmados=716.868, sendo 79.980 sem a informação da raça-cor e 2.112 indígenas autodeclarados, sem descrição da etnia indígena: Fortaleza (101), Caucaia (335), Maracanaú (299), Crateús (240) e Itarema (231), Monsenhor Tabosa (142) e Juazeiro do Norte (89). Embora vários municípios apresentem pelo menos um caso de Covid-19 em indígenas, acredita-se tratar-se de espúrias. Incidência (/100.000 habitantes): Monsenhor Tabosa (824), Itarema (552,3) e Aratuba (552,3). Somente a SESA informa o sexo: predominância feminina, especialmente em idade fértil, alcançando o maior valor na faixa entre 30 e 34 anos (126 casos notificados). Número de óbitos: 21. Mortalidade população Ceará=224,2. Quanto à etnia, nenhuma das fontes faz essa distinção; ainda que se relacione as etnias predominantes nesses municípios as informações se tornam inconsistentes quanto a esse aspecto, ressaltando-se pelo município de Itarema, a etnia predominante é Tremembé. O IntegraSUS apresenta grande quantidade de casos com incompletude no campo raça-cor, embora capte dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN que contemplaria esse campo. Por outro lado, nem o DSEI apresenta essa informação. Ainda assim, no cruzamento dos municípios da SESA e do MS, observa-se que os dados informados em ambos os serviços guardam certa congruência, mas aponta para a necessidade de vigilância em municípios fora da abrangência do DSEI. A incidência varia, especialmente nos municípios com menor densidade populacional, com o agravante de não se especificar as etnias. Mesmo que a magnitude em número de casos não seja elevada do mesmo modo em todos os municípios, o Covid-19 representa risco para a saúde pública, considerando as condições socioeconômicas, em conglomerados urbanos.

**Palavras-chave:** Covid-19; Sistema de Saúde Indígena; Taxa de Mortalidade; Distribuição por Etnia; Sistema de Informação.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

As divergências quanto ao volume e a situação de saúde da população indígena desde o período pré-cabraliano, na atualidade, ocasionadas por distintas metodologias censitárias, dificultam a transparência quanto aos impactos da doença ocasionada pela pandemia do *Coronavirus disease*, (COVID-19) neste grupo populacional. A falta de informações, segundo



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

suas distintas etnias quer sejam aldeadas ou em aglomerados urbanas, associadas às condições socioeconômicas, caracteriza-se como risco a saúde dessa população e, desta forma, pouco contribui para minimizar as iniquidades sofridas por este grupo populacional, principal finalidade da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (BRASIL, 2002).

## **Referencial teórico**

Estimada na casa dos milhões no período pré-cabraliano, logo a população indígena foi reduzida a menos de um milhão, quer seja por motivos políticos que justificariam a “ocupação” das terras quer seja pela mortalidade ocasionada pelo capitalismo mercantilista e política integracionista que ocasionava diversas doenças infecciosas trazidas pelo contato com o colonizador, assim como pelos aldeamentos que a título de promover assistência religiosa, a saúde e educação, provocava a dissociação das etnias, modificando sua religiosidade, sua língua escrita e falada e toda sua cultura (CUNHA, 2012).

Até a década de 80’ essa população latente acompanhou o Movimento Sanitário Brasileiro, tendo conquistado paulatinamente mudanças nos processos de registros populacionais que ganharam mais volume a partir especialmente de mudanças no critério de definição de raça-cor pelo órgão censitário oficial brasileiro, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), quando entre 1990, 2000 e 2010 apresentou a partir da autodeclaração, um aumento expressivo da população indígena, chegando a 817.963 mil pessoas (IBGE, 2011).

A região Nordeste contribui com  $\frac{1}{4}$  dessa população, chegando a 208 mil hab (33,7%), em contraposição ao Norte que concentra quase a metade da população indígena brasileira em áreas rurais (244.353 hab; 48,6%) (IBGE, 2011).

Segundo informações do Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará-DSEI-CE, a distribuição da população indígena cearense por ele atendida se localiza em 18 municípios e mais de 100 aldeias, perfazendo mais de 26 mil indígenas em todo o estado, de 14 etnias, tendo

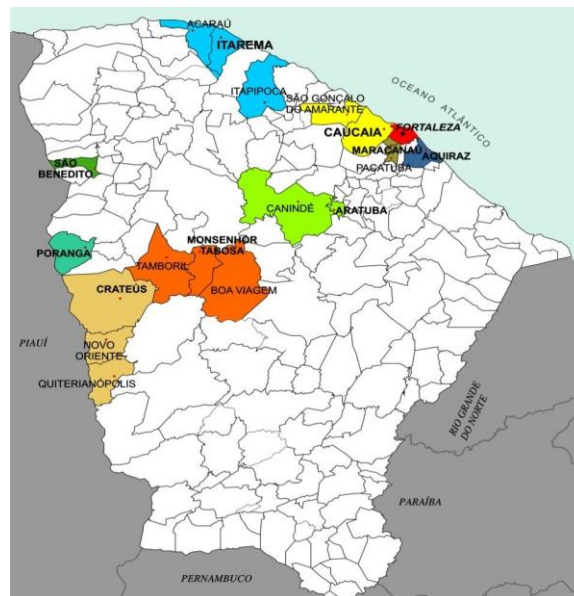
# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

mais de 50% da população residentes em aldeias aglomeradas no perímetro urbano e periurbano das cidades e na região metropolitana de Fortaleza (BRASIL, 2019).

Figura 1 - Distribuição da População Indígena no Estado do Ceará, por região, município, 2019



Fonte: MS, 2019.

Atualmente é a Secretaria Especial de Saúde Indígena no Ministério da Saúde (SESAI/MS) que responde pela coordenação e execução da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS, no modelo de sistemas locais, através de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (BRASIL, 2010). A SESAI/MS, assim como antes em outros órgãos que já foram responsáveis pela Política de Saúde Indígena, apesar de utilizarem o mesmo critério de autodeclaração para fins de cadastramento junto à organização dos serviços de saúde, direciona e prioriza sua atuação para os grupos aldeados em terras demarcadas pela Fundação Nacional do Índio (GARNELO, 2012; BRASIL, 2017). Diante da pandemia por COVID-19 e seu impacto





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

especialmente em grupos desfavorecidos, objetivou-se demonstrar o acometimento nesse grupo populacional adscritos no território do estado do Ceará, segundo as etnias, relacionando distintas fontes de informações.

## Método

Estudo ecológico de análise da mortalidade por Covid-19 na população indígena cearense, a partir do cruzamento dos dados da plataforma IntegraSUS/Secretaria Estadual de Saúde-CE (SESA) e do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI)/Ministério da Saúde (MS).

Foram consultados os portais eletrônicos oficiais e coletados os dados populacionais disponíveis pelo IBGE e pela SESAI/MS referentes a 2010 e 2017, respectivamente, segundo o município de residência. Os dados de morbimortalidade – casos e óbitos, foram coletados dos Boletins Epidemiológicos, referentes ao SIASI (SESAI/MS) e do IntegraSUS (SESA/CE), segundo o município de residência, tendo-se filtrado o campo raça-cor "indígena". Teve-se como limitação que os dados da SESA/CE não distinguiam as etnias, embora apresentasse sexo ou idade, dados disponíveis no portal da SESAI/MS. Os dados e informações utilizados no estudo são de domínio público, não sendo necessária a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mas seguiu-se a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## Resultados e discussão

Segundo a SESAI/MS, no Ceará há 37.218 indígenas, sendo 27.604 aldeados (que residem nas aldeias) (N=25.977) SIASI, janeiro de 2021), distribuídos em 17 municípios (Aratuba, Acaraú, Aquiraz, Boa Viagem, Caucaia, Canindé, Crateús, Itarema, Itapipoca, Maracanaú, Monsenhor Tabosa, Novo Oriente, Pacatuba, Poranga, Quiterianópolis, São



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Benedito e Tamboril). No entanto, o IBGE aponta em seu último censo que há 15.454 indígenas em terras alencarinas, distribuídos em 10 municípios: Caucaia, Crateús, Fortaleza, Itapipoca, Itarema, Juazeiro do Norte, Maracanaú, Monsenhor Tabosa, Pacatuba, Poranga (IBGE, 2011), sem distinção entre indígenas residentes nas aldeias e aqueles urbanos. Por outro lado, o órgão sanitarista identifica a população por grupo étnico, apresentando 14 etnias: Anacé, Gavião, Jenipapo-Kanindé, Kalabaça, Kanindé, Kariri, Pitaguary, Potyguara, Tabajara, Tapeba, Tapuia-Kariri, Tremembé, Tubiba-Tapuia, Tupinambá, distribuídas em mais de 100 aldeias por mais 9 municípios, excetuando-se Juazeiro do Norte e Fortaleza: Acaraú, Aquiraz, Aratuba, Boa Viagem, Canindé, Novo Oriente, Quiterianópolis, São Benedito e Tamboril (BRASIL, 2019). O Ministério da Saúde dispõe de informações específicas acerca da Covid-19 na população indígena, conforme Tabela 1 (BRASIL, 2021a).

**Tabela 1 - Número de casos de Covid-19, segundo o DSEI, Brasil. 2021**

(continua)

Cód. DSEI	DSEI	Suspeitos	Confirmados	Descartados	Infectados (atual)	Cura Clínica	Óbitos
1	Alagoas e Sergipe	2	348	556	0	340	6
2	Altamira	0	1832	1873	0	1828	2
3	Alto Rio Juruá	2	897	303	43	843	11
4	Alto Rio Negro	32	2318	884	189	2102	25
5	Alto Rio Purus	0	643	407	0	635	7
6	Alto Rio Solimões	1	2274	1211	16	2199	50
7	Amapá e Norte do Pará	0	980	904	34	939	5
8	Araguaia	0	346	542	8	331	7
9	Bahia	14	1051	2188	85	954	8
10	Ceará	143	1245	2113	136	1095	8
11	Cuiabá	78	1303	770	59	1220	24
12	Guamá-Tocantins	24	1529	2204	10	1497	19
13	Interior Sul do Mato Kaiapó	187	2986	5437	146	2787	48
14	Grosso	12	1273	1236	3	1264	5
15	Kaiapó do Pará	26	1218	1277	4	1178	9
16	Leste de Roraima	48	4095	4340	405	3619	65
17	Litoral Sul	24	1425	2399	38	1366	19

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

18	Manaus	29	1220	2572	6	1183	22
19	Maranhão	3	1717	1046	11	1669	31
20	Mato Grosso do Sul	0	4349	10415	6	4246	88

**Tabela 1 - Número de casos de Covid-19, segundo o DSEI, Brasil. 2021**

(conclusão)

Cód. DSEI	DSEI	Suspeitos	Confirmados	Descartados	Infectados (atual)	Cura Clínica	Óbitos
21	Médio Rio Purus e Médio Rio Solimões	0	551	57	0	545	6
22	Afluentes Minas Gerais	6	772	1064	24	735	11
23	Espírito Santo	148	677	2035	18	648	9
24	Parintins	43	596	900	11	570	12
25	Pernambuco	20	692	2042	10	667	12
26	Porto Velho	6	1514	1728	46	1451	14
27	Potiguara	0	809	992	1	803	4
28	Rio Tapajós	0	2113	2550	130	1963	17
29	Tocantins	2	1202	978	3	1185	10
30	Vale do Javari	0	827	378	1	821	3
31	Vilhena	1	1062	1293	0	1044	17
32	Xavante	30	930	2628	18	850	56
33	Xingu	0	1142	1007	26	1098	18
34	Yanomami	48	1640	697	771	856	13
<b>Total</b>		<b>929</b>	<b>47576</b>	<b>61026</b>	<b>2258</b>	<b>44531</b>	<b>661</b>

Fonte: Ministério da Saúde.

Boletim Covid-19. Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona> Acesso em: 3 maio 2021.

Dos dados disponíveis da Plataforma IntegraSUS, do governo do estado do Ceará, acerca do componente raça-cor, tem-se que dentre o total de casos confirmados de 716.868, sendo 2.112 indígenas autodeclarados, apesar de 79.980 com o campo raça-cor não informado. Dentre os casos confirmados de indígenas a plataforma não informa qual etnia indígena pertencem, embora o IntegraSUS capte dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação-SINAN que contempla esse campo. O fato pode ocorrer ou porque a informação não foi coletada, ocasionando a incompletude dos dados ou porque a etnia autodeclarada não consta na lista.

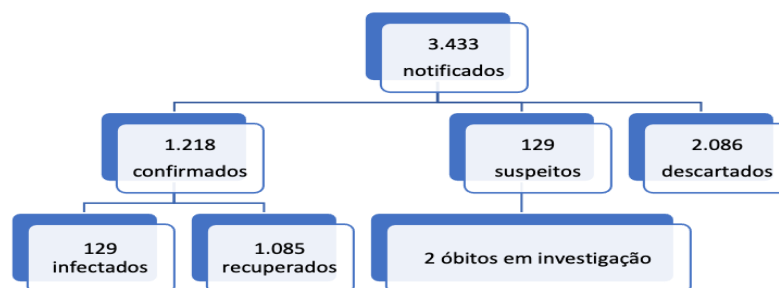
# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Por outro lado, os dados do Ministério da Saúde, segundo o DSEI-CE, referente aos atendimentos de atenção primária realizados pelas EMSIs nas aldeias, postados em rede social em 23/04/2021 através de Boletim Epidemiológico, apontava 3.433 casos notificados, sendo somente 1.218 confirmados, conforme dados transcritos e adaptados constantes na Figura 2 e Tabela 2 (BRASIL, 2021b).

**Figura 2 - Vigilância de Casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados do Ceará, 2021**



Fonte: MS/DSEI-CE. Dados referentes a 23/04/2021.

**Tabela 2 - Vigilância de Casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados, por pólo base, município e etnia predominante <sup>(1)</sup>. Ceará, 2021**

(continua)

Polo	Polo Município	Su- spe- ito	Conf- irma- do	Desc- arta- do	Inf- ect- ado	Recu- pera- do	Óbi- to	Tota- l	Etnia	Pop	Incid- ência /1000 hab.	Let- alid- ade (%)
Aquiraz	Aquiraz	0	2	17	0	2	0	19	Jenipapo- Kanindé	366	5,5	0,0
Aratuba	Aratuba	1	36	137	6	30	0	174		893	40,3	0,0
	Aratuba	1	34	124	4	30		159	Kanindé	833	40,8	0,0
	Canindé	0	2	13	2	0		15		60	33,3	0,0

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Caucaia	Caucaia	67	317	353	85	228	2	737	Tapeba/Anac	8.780	36,1	0,6
Crateús	Crateús	7	222	293	0	219	2	522	Tabajara	3.469	64,0	0,9
	Crateús	7	208	267	0	205		482	Kariri			0
	Novo Oriente	0	2	7	0	2		9	Kalabaça			0,0
	Quiterianópolis	0	12	19	0	12		31	Tupinambá			0,0
									Potyguara	2.819	73,8	0
									Potyguara	309	6,5	0,0
									Tabajara	341	35,2	0,0

**Tabela 2 - Vigilância de Casos de Covid-19 notificados em indígenas aldeados, por pólo base, município e etnia predominante <sup>(1)</sup>. Ceará, 2021**

(conclusão)												
Polo	Polo Município	Superfície	Confirmado	Descartado	Infectado	Recuperado	Óbito	Total	Etnia	Pop	Incidência /1000 hab.	Letalidade (%)
Itarema	Itarema	19	241	346	8	231	0	606		3.335	72,3	0,0
	Acaraú	0	27	18	0	27		45	Tremembé	271	99,6	0,0
	Itapipoca	2	16	38	0	16		56		494	32,4	0,0
Maracanaú	Itarema	17	198	290	8	188		505		2.570	77,0	0,0
	Maracanaú	33	264	678	17	244	2	975		4.248	62,1	0,7
	Maracanaú	32	216	566	15	199		814	Pitaguary	3.195	67,6	0,0
Mons. Tabosa	Pacatuba	1	48	112	2	45		161		1.053	45,6	0,0
	Mons. Tabosa	0	111	193	2	107	2	304		2.745	40,4	1,8
	Boa viagem	0	4	22	0	4		26	Tabajara	391	10,2	0,0
	Mons. Tabosa	0	78	155	2	75		233	Tubiba-Tapuia	2.153	36,2	0,0
Poranga	Tamboril	0	29	16	0	28		45	Gavião	201	144,3	0,0
									Potyguara			0
	Poranga	2	14	56	1	13	0	72	Tabajara /Kalabaça	1.334	10,5	0,0

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

São Benedito	São Benedito	0	11	13	0	11	0	24	Tapuia-Kariri	382	28,8	0,0
<b>Total</b>		<b>12</b>	<b>1.21</b>	<b>2.08</b>	<b>11</b>	<b>1.08</b>	<b>8</b>	<b>3.43</b>		<b>25.55</b>	<b>47,7</b>	<b>0,6</b>
		<b>9</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>3</b>		<b>2</b>		<b>6</b>

Fonte: MS/SESAI/DSEI-CE, 23/04/2021.

Coluna de Etnia inserida considerando-se a predominância em primeira ordem, adaptado pela autora.

**NOTA:** - Os casos confirmados são cumulativos.

- Os casos registrados em recuperados e óbitos já estão contabilizados nos casos confirmados.

**CASO SUSPEITO:** caso que saiu e retornou da aldeia e que apresente quadro respiratório agudo. Ou caso que não saiu da aldeia e que teve contato próximo com caso suspeito ou confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias e que apresente quadro respiratório agudo.

**CASO CONFIRMADO:** caso com resultado positivo por confirmação laboratorial ou confirmados por critérios clínico, clínico-epidemiológico, e clínico-imagem.

**INFECTADO ATUAL:** caso confirmado para COVID-19, com infecção ativa, que ainda não completou 10 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas, ou, em caso de internação hospitalar, que ainda não recebeu alta médica.

**CASO DESCARTADO:** caso que se enquadre na definição de suspeito e apresente resultado laboratorial negativo para SARS-CoV 2 ou confirmação laboratorial para outro agente etiológico.

**RECUPERADOS:** Casos confirmados que passaram por 10 dias em isolamento domiciliar, a contar da data de início dos sintomas E que estão há 24 horas assintomáticos. casos em internação hospitalar: diante da avaliação médica. Indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente que passaram por 10 dias em isolamento domiciliar após a coleta da amostra mantendo-se assintomáticos durante o período de isolamento.

O MS apontou Caucaia 317, Maracanaú 216, Crateús 208, Itarema 198 e Monsenhor Tabosa, com 78 casos confirmados. Embora os valores sejam diferentes, a exceção de Monsenhor Tabosa, se aproximam, mas mantém a sequência decrescente (Tabelas 2 e 3).

Da mesma forma, nos dados informados pela SESA-CE observa-se a maior ocorrência de casos nos municípios mais populosos, tendo Fortaleza (101), Caucaia (335), Maracanaú (299), Crateús (240), conglomerados urbanos e, ainda, Itarema (231) e Monsenhor Tabosa (142) (Tabela 3).

Por outro lado, a incidência varia muito, especialmente nos municípios com menor densidade populacional, mas que ocorreu pelo menos um caso confirmado pela Covid-19, estando as maiores incidência em Monsenhor Tabosa (824), Itarema (552,3) e Aratuba (552,3)/100.000 habitantes, segundo a SESA-CE, enquanto para o MS, as maiores incidências foram em Tamboril (144,3), Acaraú (99,6) e Crateús (73,8)/100.000 habitantes (Tabela 2).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Tabela 3 - Número absoluto de casos, Taxa de incidência, número de óbitos e Taxa de Mortalidade por Covid-19, segundo a raça/cor indígena, por município, Ceará, 2021

(continua)

MUNICÍPIO	Nº CASOS	Taxa de Incidência	Nº ÓBITOS	Taxa de MORTALIDADE
FORTALEZA	101	3,8	3	0,1
CRATEUS	240	319,7	2	2,7
CAUCAIA	335	92,7	1	0,3
ITAREMA	231	552,3	1	2,4
JUAZEIRO DO NORTE	89	32,5	1	0,4
PACATUBA	81	97,1	1	1,2
TAMBORIL	31	118,1	1	3,8
ACARAU	27	43,1	1	1,6
BOA VIAGEM	14	25,7	1	1,8
SOBRAL	13	6,2	1	0,5
CAPISTRANO	9	50,7	1	5,6
RUSSAS	9	11,5	1	1,3
TIANGUÁ	6	7,9	1	1,3

Tabela 3 - Número absoluto de casos, Taxa de incidência, número de óbitos e Taxa de Mortalidade por Covid-19, segundo a raça/cor indígena, por município, Ceará, 2021

(conclusão)

MUNICÍPIO	Nº CASOS	Taxa de Incidência	Nº ÓBITOS	Taxa de MORTALIDADE
LIMOEIRO DO NORTE	4	6,7	1	1,7
TAUÁ	3	5,1	1	1,7
SENADOR POMPEU	2	7,8	1	3,9
MAURITI	2	4,2	1	2,1
ACOPIARA	1	1,8	1	1,8
<b>Total <sup>(2)</sup></b>	<b>2.112</b>	<b>-</b>	<b>21</b>	<b>-</b>

Fonte: IntegraSUS. Incidência e Mortalidade por 100.000 habitantes. Acesso em: 9 maio 2021.

Nota: <sup>(1)</sup> Municípios com número de casos confirmados a partir de 5, excluídos os municípios sem ocorrência de óbito. <sup>(2)</sup> Inclui todos os municípios.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Destaca-se ainda que a SESA não distingue a etnia identificada, tampouco o DSEI-CE. Ainda que se relacione as etnias predominantes naqueles municípios as informações se tornam inconsistentes quanto a esse aspecto, ressaltando-se pelo município de Itarema, onde a etnia predominante é Tremembé.

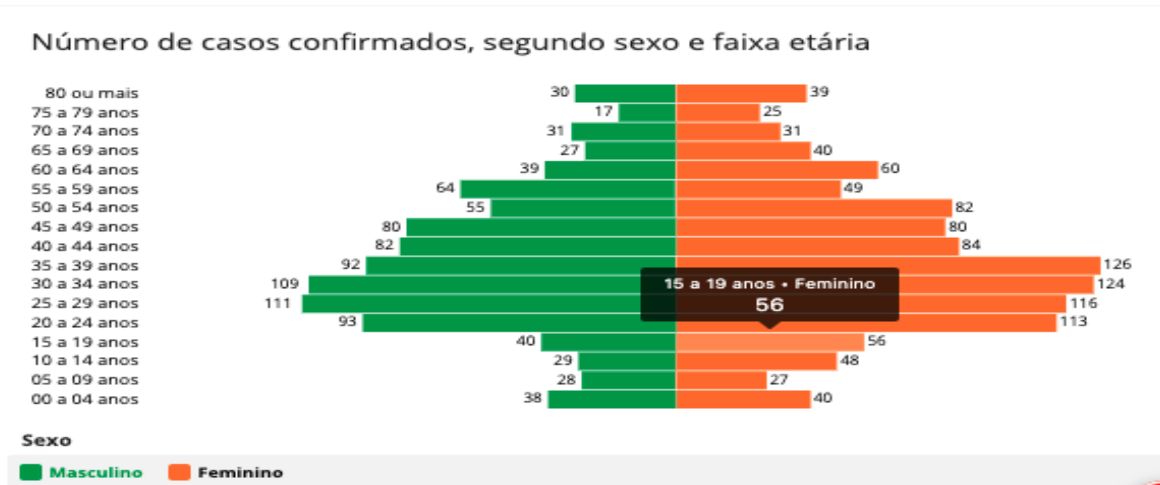
Em relação ao sexo, somente a SESA disponibiliza a informação, conforme Figura 3, onde predomina os casos em mulheres, especialmente naquelas em idade fértil, alcançando o maior valor na faixa entre 30 e 34 anos, com 126 casos notificados (Figura 4).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 4 - Número de casos confirmados de Covid-19 (n=2.105), segundo a raça/cor: indígena, Ceará, 2021



Fonte: IntegraSUS. Acesso em 09/05/2021.

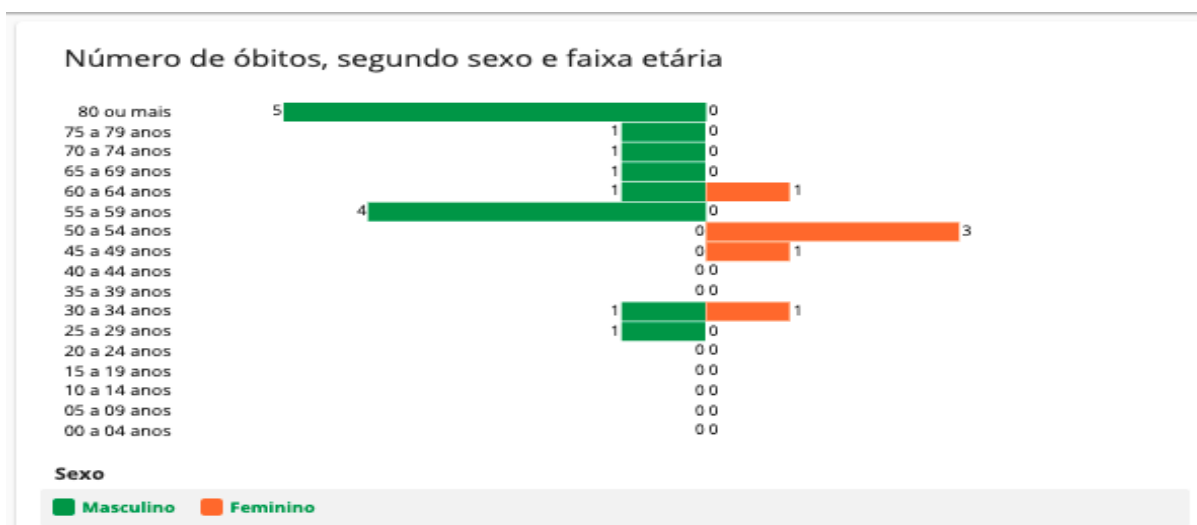
A mortalidade por Covid-19 na população indígena até maio de 2020 apresentou 21 óbitos (Tabela 3, Figura 5), segundo a SESA/CE.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 5 - Número de Óbitos por Covid-19 (n=21), segundo a raça/cor indígena, por faixa etária e sexo. Ceará, 2021



Fonte: IntegraSUS.

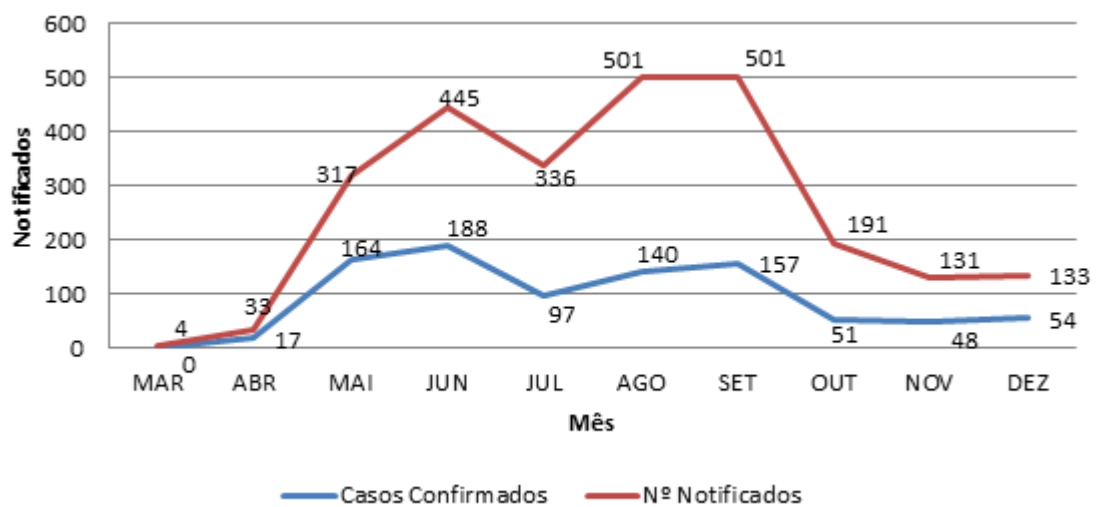
A Figura 6, mostra o número de casos notificados e confirmados de COVID-19 por mês de notificação em indígenas aldeados do Ceará no ano de 2020. A curva epidêmica no DSEI/CE mostra uma redução. No entanto, ao analisarmos a realidade de cada Polo, observamos pico de casos em semanas diferentes, ao compararmos os Polos que estavam com a curva estabilizada, apresentando uma elevação dos casos, como o Pólo Caucaia e Itarema, média de 35,83 casos suspeitos por semana epidemiológica (entre as SE 41 a 43). As semanas que apresentaram maior número de casos confirmados, a partir da data de início dos sintomas, foram a SE25 (77), SE21 (64) e a SE33 (56), sendo a SE33 com o maior número de casos suspeitos (179 casos).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 6 - Número de casos notificados e confirmados de COVID-19 por mês de notificação em indígenas aldeados do Ceará no ano 2020



Fonte:

O Ministério da Saúde, através da Secretaria Especial de Saúde indígena-SESAI, em avaliação de seu Relatório Anual de Gestão, 2017, apontou fatores corroboram para a insegurança quanto a representatividade do registro de casos em todo o território nacional. Dificuldades como a alimentação deficitária dos registros referentes à produção de saúde no sistema SIASI e a elaboração de uma análise situacional e o planejamento mais eficaz da assistência e da resolutividade das ações de saúde. Acesso dificultado geográfico às aldeias, relacionados a transportes e a equipamentos. Quadros insuficientes de recursos humanos e de profissionais capacitados em decorrência da alta rotatividade profissional e vínculo precário dos trabalhadores. Falta de estrutura em municípios de referência para a realização de exames de alta e média complexidade; e descontinuidade das ações de saúde em função da alta rotatividade de gestores (BRASIL, 2017).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Assim, ainda que a magnitude em número de casos não seja elevada do mesmo modo em todas os municípios, o Covid-19 representa um risco para a saúde pública, considerando as condições socioeconômicas associadas às condições clínicas de risco para desenvolvimento de complicações (CEARÁ, 2020; BRASIL, 2020).

## Considerações finais

Assim, do cruzamento dos municípios da SESA e do MS, observa-se que os dados informados em ambos os serviços guardam certa congruência nas informações. Por outro lado, as informações apresentadas em variados municípios, ressalvados “erros” de digitação de diversos locais com um caso da doença, há vários municípios com mais de um caso registrado, tais como Tianguá, Russas, Capistrano, Sobral e até mesmo Fortaleza, sendo três óbitos neste, demonstra a necessidade do serviço de saúde indígena atualizar seu território de abrangência e, no mínimo, incluir Juazeiro do Norte, onde foram registrados 89 casos.

Ademais, torna-se oportuno reforçar a notificação dos casos, com a inclusão das etnias e seus respectivos municípios adscritos, com o intuito de contribuir para identificar as nuances dos casos e a melhoria da vigilância epidemiológica, para auxiliar na tomada de decisões em relação à doença.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução no 466. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 dez. 2012. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acessado em: 18 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus COVID 19**. O que você precisa saber. Brasília. 2020. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acessado em 11 de fevereiro de 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, cuja íntegra consta do anexo desta Portaria e dela é parte integrante, Brasília, DF, jan. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Boletim Covid-19**. 2021(a). Disponível em: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>. Acesso em: 3 maio 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Boletim Covid-19**. 2021(b).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena do Ceará. **Plano distrital de saúde indígena**. 2020-2023. Fortaleza: Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Relatório Anual de Gestão. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/09/Relatorio-de-Gestao-2017-versao-sistema-TCU.pdf>. Acesso em: 17 maio 2021.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Novo coronavirus (Covid-19)**. O que você precisa saber. 2020. Disponível em: [https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/novo\\_corona\\_o\\_que\\_vc\\_deve\\_saber\\_v2.pdf](https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2020/02/novo_corona_o_que_vc_deve_saber_v2.pdf) Acesso em: 14 abr. 2021

CUNHA, Manuela Carneiro. **Índios no Brasil: história, direitos e cidadania**. São Paulo: Claro Enigma, 2012. p. 12. Disponível em: <https://www.companhiadasletras.com.br/trechos/35025.pdf>. Acesso em: 7 maio 2021.

GARNELO, L. Política de saúde indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. *In*: GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI, 2012. p. 18 a 59. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_indigena\\_uma\\_introducao\\_tema.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf). Acesso em: 7 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf). Acesso em: 7 maio 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## INTERFACE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

Verena Caldas Velame<sup>1</sup>  
Maria Aparecida Caldas de Oliveira<sup>2</sup>  
Rose Manuela Marta Santos<sup>3</sup>

**Resumo:** As Políticas Públicas são definidas como conjunto de medidas governamentais que visam a alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. Estas são compostas a partir de planos, metas e ações traçados pelos governos (federal, estadual ou municipal) de acordo com as necessidades de diferentes segmentos sociais. O objetivo deste estudo é analisar a literatura científica acerca da interface das Políticas Públicas de Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Trata-se de uma pesquisa de revisão narrativa de literatura, realizada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Lilacs. Utilizou o recorte temporal no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020. Foram utilizados a combinação dos descritores: Desenvolvimento Sustentável e Políticas Públicas de Saúde. Assim, foi observado que, as necessidades populacionais das comunidades vulneráveis encontram-se evidenciadas por condicionantes e determinantes sociais da saúde que se apresentam como variáveis importantes para análise das necessidades da população. Também contribuem para melhor apreender sobre os fatores que interferem, de modo direto à qualidade de vida da população e, na saúde, como as causas de natureza social, econômica e cultural. Neste sentido, as políticas públicas de saúde e iniciativas da sociedade colaboram com ações de maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros. Aliados a isso, as políticas que apresentem ações que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são fundamentais para esse processo. Assim a Organização das Nações Unidas criou os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que trazem uma perspectiva que abrange ações globais de combate à pobreza, promoção de saúde e de bem-estar, proteção ao meio ambiente e garantia de direitos às pessoas a desfrutar de paz e de prosperidade, complementando esse contexto de lutas e garantias. Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, expõem-se aqui os principais que dialogam com

<sup>1</sup> Mestranda em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Brasil.

<sup>2</sup> Mestranda em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente, Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Brasil.

<sup>3</sup> Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade Maria Milza, Governador Mangabeira, Brasil. E-mail: [mmms9@hotmail.com](mailto:mmms9@hotmail.com)



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

a temática do estudo: o objetivo 1 que busca acabar com a pobreza em todas as suas formas e lugares; o objetivo 3 que visa garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos em todas as faixas etárias; o objetivo 6 que visa assegurar a disponibilidade da água tratada e saneamento para todas e todos e, o 10 que pretende até 2030 alcançar e sustentar o crescimento da renda dos 40% da população mais pobre a uma taxa maior que a média nacional. Com isso, conclui-se que existem ações que possam representar uma relação de políticas, saúde e bem-estar coerente e viável para o desenvolvimento social, contemplando principalmente as populações mais vulneráveis.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Sustentável; Saúde Pública; Determinantes Sociais da Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Populações Vulneráveis.

**Eixo Temático 1** - Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

O presente estudo relaciona às Políticas Públicas de Saúde (PPS) com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mais especificamente sobre a interface entre ambas, apresentada para justificar a necessidade de uma avaliação do plano governamental para as ações sustentáveis que interferem diretamente na qualidade de vida da sociedade. Essa temática é atual e estimula novos diálogos sobre os planos, as metas da Agenda 2030 e os programas e ações que impactam diretamente na saúde da população, uma vez que os determinantes sociais são importantes para esse processo de construção.

Neste sentido, ressalta-se a importância de observar na literatura científica as PPS em consonância com as metas e ações globais para o Desenvolvimento Sustentável, com vistas a subsidiar discussões sobre a implementação de políticas e a realização de planejamento e gestão eficientes para a Saúde, aliados aos ODS. Assim, este estudo tem como objetivo analisar a literatura científica acerca da interface das Políticas Públicas de Saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Assim, este capítulo estrutura-se da seguinte forma: inicialmente tem-se as considerações a respeito do tema aqui apresentado. Em seguida apresenta-se o referencial





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

teórico utilizado na pesquisa, posteriormente o método utilizado para desenvolver essa pesquisa. Assim, os estudos encontrados foram submetidos a critérios de inclusão e exclusão que proporcionaram a seleção de conteúdo. Após a seleção do conteúdo, estabeleceu-se a análise dos dados descrevendo-os e correlacionando-os com os ODS, os quais estão descritos nos resultados e discussão dos dados levantados, finalizando o estudo com as considerações e referências utilizadas.

## **Referencial teórico**

O termo política refere-se ao “conjunto de interações que definem múltiplas estratégias entre atores para melhorar seu rendimento e alcançar objetivos” (DIAS, 2012, p. 02). Desta forma, as políticas podem ser entendidas como conjunto de medidas governamentais que visam a alcançar o bem-estar da sociedade e o interesse público. Neste sentido, as políticas públicas são compostas a partir de planos, metas e ações traçados pelos governos (federal, estadual ou municipal) de acordo as necessidades e/ou problemas de diferentes segmentos sociais. Trata-se, portanto, da utilização de estratégias direcionadas para resolução de problemas públicos (DIAS, 2012).

Assim, os problemas demandados da sociedade e/ou conflitos existentes são utilizados por analistas de políticas públicas para elaborar ações de controle ou combate dos fatos existentes. Deste modo, a formulação de estratégias de resolução faz parte das políticas de ações, onde a busca por evidências de problemas/demandas sociais são fundamentais para adotar medidas direcionadas (CAPELLA, 2018).

No âmbito da saúde, alguns dados contribuem para uma análise situacional e epidemiológica de cada região. Assim o perfil traçado de cada localidade, com base nos determinantes e condicionantes de saúde favorecerá a construção de políticas e ações de controle de agravos à saúde.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Neste sentido, para melhor compreender essas necessidades da comunidade a participação social é relevante, pois favorece a visibilidade das limitações, dificuldades e necessidades locais. Por conseguinte, pensando em reduzir tais diferenças e traçar uma vida digna a toda a população, a Organização Mundial da Saúde (OMS) criou os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) em 1990, os quais ganharam ascensão em 2000, quando foram adotados por estados membros da Organização das Nações Unidas (ONU) e impulsionaram os países a enfrentarem os principais desafios sociais no início do século XXI (ONU, 2015).

Os ODM, possuíam como foco principal a redução da extrema pobreza no mundo. Posteriormente a isso, no ano de 2014, criou-se o Grupo de Trabalho Aberto para a elaboração dos ODS (GTA-ODS) com o intuito de criar novas propostas para os próximos 15 anos, que concretizou o estabelecimento de Objetivos de Desenvolvimento aprovados pela Assembleia Geral da ONU em 2015 (PNUD, 2015).

No ano de setembro de 2015 foi estabelecido, após a reunião ocorrida por membros da ONU em assembleia, a Agenda 2030, que tem como o objetivo estabelecer o Desenvolvimento Sustentável a partir do desenvolvimento econômico, erradicar a pobreza, miséria e fome, inclusão social, sustentabilidade ambiental e melhor governança com participação da sociedade civil e iniciativa privada, assim como as instituições de pesquisa, até o ano de 2030. O resultado da união dos 193 Estados Membros da ONU, concedeu em janeiro de 2016, a continuidade à Agenda de Desenvolvimento do Milênio (2000 – 2015) (ONU, 2015).

Para melhor estabelecer e descrever a Agenda 2030, estabeleceu-se os ODS, que compreendem 17 objetivos, contendo 169 metas de ação global para alcançar até 2030. Essas ações envolvem aspectos ambientais, econômicos e sociais do desenvolvimento sustentável, estabelecidos por metas de alcance global envolvendo os países e suas respectivas nacionalidades, contemplando-se de ações direcionadas e com foco na necessidade local, contribuindo para a implementação de políticas, programas e planos de governo.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

O artigo 3 da Lei orgânica nº 8080 de 1990, dispõe sobre os condicionantes e determinantes sociais, afirma que os interferentes que garantem individual ou coletivamente ao cidadão o direito a condições de bem estar físico, mental e social, estão voltadas as condições de moradia, saneamento básico, meio ambiente, renda, educação, trabalho, bem-estar, lazer e entre outros (BRASIL, 1990). Ainda que haja o amparo legal, conforme já citado, é possível observar a grande necessidade de reduzir o avanço negativo dos condicionantes e determinantes em saúde.

Com isso, criou-se por Decreto Presidencial, no ano de 2006, a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) composta por especialistas com conhecimento social, econômico, cultural e científica, tendo como objetivo reconhecer a importância da saúde como bem público a ser construído com a participação da sociedade brasileira, com isso foi possível reativar o debate mundial sobre os DSS, com o intuito de eliminar as desigualdades entre os indivíduos para alcançar a equidade sanitária atuando sobre os DSS (BUSS, 2007).

Isto posto, observa-se a necessidade de implementar políticas públicas locais, utilizando a participação social e o conhecimento espacial para construir ações e programas que melhor direcionam e atendam a demanda populacional. Abrangendo políticas que atuem com o intuito de produzir água potável e saneamento adequado, erradicando a pobreza e reduzindo as desigualdades sociais, contribuindo para o bem-estar da população e qualidade de vida.

## **Método**

Nesse contexto de interface no qual o conhecimento social, econômico, ambiental e de saúde estão interligados, este estudo propõe uma revisão integrativa de trabalhos publicados no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020, com busca por produções científicas nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, Scielo e Lilacs, utilizando a combinação dos descritores: Desenvolvimento Sustentável e Políticas Públicas de Saúde.

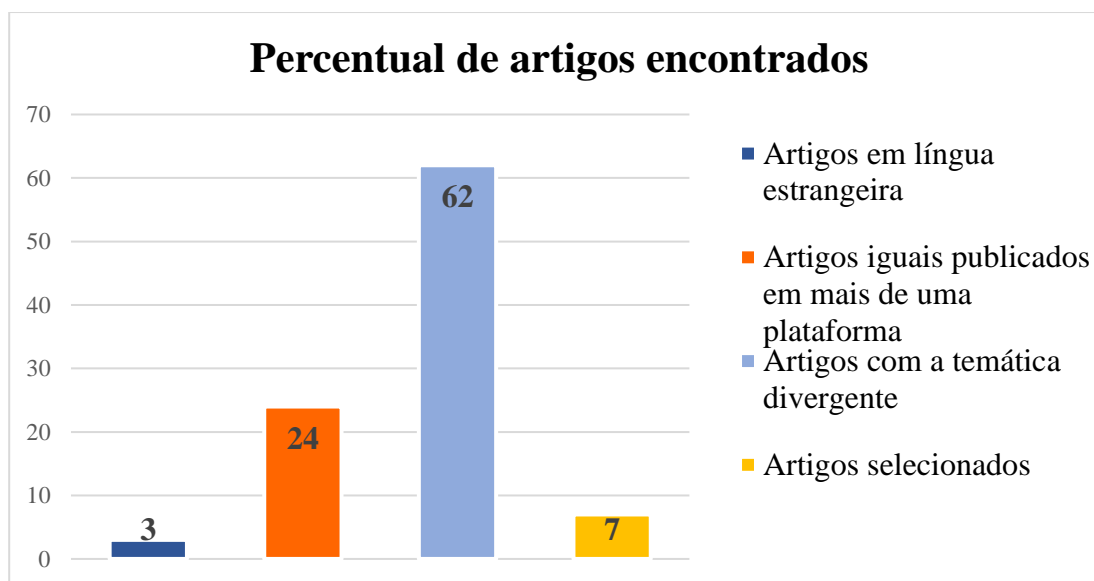
# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Assim, optou-se por incluir textos completos, em língua portuguesa, que abordavam sobre Desenvolvimento Sustentável, Políticas de saúde, Indicadores de Desenvolvimento Sustentável e Populações Vulneráveis. Os critérios de exclusão utilizados foram estudos que não abordavam o tema proposto, trabalhos repetidos, em inglês e vídeo. Sendo assim, o percentual de trabalhos aprovados nos critérios de seleção pode ser observado no Gráfico 1.

**Gráfico 1** – Percentual de artigos encontrados na pesquisa.



**Fonte:** dados da pesquisa (2021).

Assim, conforme exposto no gráfico 1 dos 96 textos encontrados, foram utilizados para análise dos dados 7% dos estudos encontrados, o que em números representa 7 estudos que atenderam aos critérios de inclusão.

## Resultados e discussão

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Para melhor estabelecer a relação entre programas, ações e Políticas Públicas de Saúde (PPS), estabeleceu-se dentre os 17 ODS, a abordagem apenas de quatro (cf. quadro 1) que se aproximam com a temática proposta deste estudo.

**Quadro 1 - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável selecionados.**

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável	Metas que dialogam com a temática
ODS 1 - Erradicação da Pobreza	1.4 - Até 2030, garantir que todos os homens e mulheres, particularmente os pobres e vulneráveis, tenham direitos iguais aos recursos econômicos, bem como o acesso a serviços básicos, propriedade e controle sobre a terra e outras formas de propriedade, herança, recursos naturais, novas tecnologias apropriadas e serviços financeiros, incluindo microfinanças; 1.5 - Até 2030, construir a resiliência dos pobres e daqueles em situação de vulnerabilidade, e reduzir a exposição e vulnerabilidade destes a eventos extremos relacionados com o clima e outros choques e desastres econômicos, sociais e ambientais e; 1.b - Criar marcos políticos sólidos em níveis nacional, regional e internacional, com base em estratégias de desenvolvimento a favor dos pobres e sensíveis a gênero, para apoiar investimentos acelerados nas ações de erradicação da pobreza.
ODS 3 - Boa Saúde e Bem-Estar	3.1 - Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos; 3.3 - Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas, e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água, e outras doenças transmissíveis; 3.7 - Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais; 3.8 - Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

	vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
ODS 6 - Água Potável e Saneamento	Meta 6.1 - Até 2030, alcançar o acesso universal e equitativo à água potável e segura para todos; 6.2 - Até 2030, alcançar o acesso a saneamento e higiene adequados e equitativos para todos, e acabar com a defecação a céu aberto, com especial atenção para as necessidades das mulheres e meninas e daqueles em situação de vulnerabilidade; 6.b - Apoiar e fortalecer a participação das comunidades locais, para melhorar a gestão da água e do saneamento.
ODS 10 - Redução das Desigualdades	10.1 - Até 2030, progressivamente alcançar e sustentar o crescimento da renda dos 40% da população mais pobre a uma taxa maior que a média nacional; 10.2 - Até 2030, empoderar e promover a inclusão social, econômica e política de todos, independentemente da idade, gênero, deficiência, raça, etnia, origem, religião, condição econômica ou outra; 10.3 - Garantir a igualdade de oportunidades e reduzir as desigualdades de resultados, inclusive por meio da eliminação de leis, políticas e práticas discriminatórias e da promoção de legislação, políticas e ações adequadas a este respeito; 10.4 - Adotar políticas, especialmente fiscal, salarial e de proteção social, e alcançar progressivamente uma maior igualdade; 10.6 - Assegurar uma representação e voz mais forte dos países em desenvolvimento em tomadas de decisão nas instituições econômicas e financeiras internacionais globais, a fim de produzir instituições mais eficazes, críveis, responsáveis e legítimas.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Assim, com foco nas mudanças que abrange o alcance das metas voltadas para melhorias na qualidade de vida, buscou-se estudos que já dialogassem com essa relação entre Políticas Públicas de Saúde e Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, para contribuir na construção da revisão narrativa da temática estimulando novas pesquisas e discussões sobre os temas.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Nesse sentido foram levantados estudos que compreendem a importância das políticas de saúde para o desenvolvimento dos ODS, conforme quadro 2.

**Quadro 2** – Caracterização dos artigos selecionados segundo o título, autores e ano de publicação.

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES	ANO
Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI	LEONETI, Alexandre Bevilacqua <i>et al.</i>	2010
Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas	BUSS, Paulo Marchiori <i>et al.</i>	2014
Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento	COSTA, Laís Silveira	2016
Quem são, o que falam e quem escuta os pobres?	FREITAS, Maraiza Alves <i>et al.</i>	2017
O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas, resultados, avanços e desafios em tempos de crise.	MALTA, Deborah Carvalho <i>et al.</i>	2018
Índice de Território Saudável e Sustentável dos municípios do semiárido brasileiro.	PETERSEN, Rafael de Souza <i>et al.</i>	2020
Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020)	BUSS, Paulo Marchiori <i>et al.</i>	2020

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Em sua totalidade os estudos selecionados apontam à importância em estabelecer estratégias que proporcionem melhorias e vida digna para a sociedade, pontuando cuidados direto e indireto com a saúde como fator indispensável. Assim, estes estudos compreendem a necessidade de pensar em ações com base em indicadores de sustentabilidade, inovação em saúde, implementação de programas para promoção à saúde, investimentos em saneamento básico, qualidade de vida e participação social.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Com isso os ODS e a sua relação com as PPS, estabelecem pontos que reforçam a identificação dos determinantes sociais como base para levantamentos de problemas em saúde e a elaboração de ações e políticas que proporcionem equidade para a população.

Em estudo, Petersen *et al.* (2020) apontam indicadores, tais como: dificuldade de acesso à água, seca e determinantes econômicos e sociais, que se relacionam com a promoção da saúde e ao desenvolvimento humano e, apresenta índices contemplados por 12 indicadores que envolvem a dimensão de vulnerabilidade e desenvolvimento humano. Os autores destacam a possibilidade de aplicação dos índices como fonte de informação com o objetivo de auxiliar nas ações de movimentos sociais e no desenvolvimento de políticas públicas com o olhar para o desenvolvimento saudável e sustentável, contribuindo para melhor apreender sobre os fatores que interferem, de modo direto, à qualidade de vida da população e, na saúde, como as causas de natureza social, econômica e cultural.

Neste sentido, tal perspectiva afirma-se com o ODS 1, que apresenta como objetivo principal acabar com a pobreza em todas as suas formas e lugares, buscando reduzir fatores que interferem de forma direta no aumento dos índices de pobreza no mundo, conforme descrito no quadro 1. Além disso, o ODS 3 pontua que ações que promovem boa saúde e bem-estar é a parte fundamental para a sua concretização e a garantia de saneamento básico, pois a partir dessas ações é possível reduzir a ausência de necessidades básicas para a população que ainda não tem acesso a esses serviços.

Para os autores Malta *et al.* (2018) que publicaram o estudo sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) apontam um balanço dos resultados da PNPS, destacando avanços e desafios nas agendas prioritárias, e reforçando pontos importantes como aumento do desemprego, precarização do trabalho, sucateamento de políticas ambiental e desenvolvimento sustentável, a serem repensados como pontos que dificultam a implementação do SUS e de políticas de saúde. Ainda, o estudo revela que há pontos que enfatizam valores sociais, de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

sustentável que estão associados com as diretrizes e prioridades de uma política pública. Estas favorecem o Estado, seja ele por meio intersetorial, a desenvolver ações e programas de forma coerente com os princípios desta natureza.

A presença da saúde como ODS desde a Cúpula do Milênio e os Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (2000), afirma que a implementação de planos de desenvolvimento, equidade e inclusão social precisam ser priorizadas pelas governanças globais e nacionais a fim de instituir a preservação do meio ambiente e recursos naturais já ameaçados. Assim, tem-se o estado como órgão responsável de promover o direito à saúde, o desenvolvimento sustentável e aplicação dos ODS, conforme relata Buss *et al.* (2014) em seu estudo Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas.

Porém, seis anos após a publicação anterior, Buss em seu novo estudo sobre a Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020), complementa a importância do poder público e participação social no enfrentamento dos determinantes da saúde através da utilização de políticas públicas saudáveis e articuladas. Reforça ainda a necessidade do movimento dos municípios saudáveis e ações intersetoriais na saúde como forma de estabelecer políticas e práticas relacionadas à gestão pública e o desenvolvimento local sustentável no enfrentamento dos determinantes sociais de saúde, não excluindo a responsabilidade dos profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas quanto aos resultados e repercussões da situação de saúde e as condições de vida da população (BUSS *et al.*, 2020).

Isto posto, a relevância em associar políticas de saúde com as necessidades locais e suas demandas, o ODS 6 propõe acesso igualitário da população aos serviços básicos de qualidade de vida, como saneamento e água potável.

Em estudo realizado por Costa (2016), reforça a importância do conhecimento científico atrelado à política, entendendo-o como elemento fundamental para formulação de práticas



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

embasadas em diagnósticos mais complexos e na inovação nos serviços de saúde no Brasil com vistas a alcançar as metas de saúde, bem como a sustentabilidade.

O que Leonetti *et al.* (2010) em seu estudo sobre Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI, aponta que o conceito de desenvolvimento sustentável, de preservação e conservação do meio ambiente refletem diretamente com o planejamento de ações de saneamento e estes devem conter investimentos de modo a atender não apenas requisitos técnicos, como também ambientais, sociais e econômicos de modo que possa atender a ideia/conceito de desenvolvimento sustentável.

Em relatório "A Agenda 2030 para abastecimento de água, esgotamento sanitário e higiene na América Latina e Caribe - Um olhar a partir dos direitos humanos" realizado pela Equipo Técnico Regional de Agua y Saneamiento (ETRAS) cooperado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Organização Pan Americana da Saúde (OPAS), traz uma análise do cumprimento das metas dos ODS 6.1 e 6.2 associados aos direitos humanos à água e ao esgotamento sanitário nos países da América Latina e Caribe. A OPAS (2019, p.13) "reconhece que a implementação de políticas públicas que adotam a abordagem dos Direitos Humanos é importante para assegurar que as pessoas vivam de maneira saudável e digna através do acesso seguro a serviços de água e esgotamento sanitário".

Nesse sentido, observa-se que as políticas públicas de saúde e iniciativas da sociedade contribuem em ações de maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros, sendo importante assegurar uma vida saudável e digna com acesso seguro aos serviços de água e saneamento básico à população, com equidade. Assim, no que se refere a redução das desigualdades, obtém-se a ODS 10, que busca reduzir a desigualdade dentro dos países e entre eles, com metas traçadas a serem aplicadas até 2030.

A Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde, realizada após a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (CMDSS), realizada no Rio de Janeiro em outubro de 2011 traz dois pontos que melhor articula com a temática explorada neste





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

estudo, o item 5, que reforça a determinação de ações sobre os determinantes sociais da saúde de forma coletiva, já acordado na Assembleia Mundial da Saúde e refletido na resolução WHA62.14. Tal resolução busca reduzir as desigualdades de saúde mediante ações sobre os determinantes sociais da saúde, tendo como recomendação geral a busca por melhorias nas condições de vida, além de obter a distribuição de renda igualitária e analisar o impacto das intervenções diretas aos problemas apresentados de acordo a sua magnitude (PELLEGRINI FILHO, 2011).

Já no item 6 da CMDSS (2012), traz que, as iniquidades em saúde estão associadas às condições sociais em que vivem, em que as etapas de desenvolvimento humano como nascimento, crescimento e envelhecimento fazem parte dos determinantes sociais de saúde, dos quais envolvem experiências de vida dentre eles a infância, educação, situação econômica, trabalho, emprego, prevenção e tratamento de doença. Assim, para o desenvolvimento inclusivo, equitativo e economicamente produtivo e saudável, os grupos vulneráveis e a população de modo geral devem estar inclusos e cientes das necessidades das intervenções dos determinantes sociais de saúde.

Neste contexto, a Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde de 2011, reconhece que as iniquidades em saúde como base para o levantamento de determinantes sociais da população, com isso a implementação de políticas públicas que adotem a abordagem dos Direitos Humanos é fundamental para assegurar uma vida saudável e digna. O que se espera que os governos fortaleçam suas Estratégias e Políticas de Saúde Pública, incluindo elementos básicos das necessidades humanas, de modo que favoreça também a prevenção de doenças (PELLEGRINI FILHO, 2011).

Estudo de Freitas *et al.* (2017, p. 3859) relata que “o direito a uma vida digna para todos requer a superação de desafios impostos aos grupos mais vulneráveis, sendo a pobreza um dos fenômenos mais antigos e devastadores. Ouvi-los é essencial para criar possibilidades de superação”. Ainda, reforça a importância de ampliar a escuta de grupos vulneráveis, proteção





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

social e políticas públicas como forma de viabilizar o combate à pobreza, além de pensar na equidade na base de políticas de modo abrangente e universalizadora dos direitos humanos.

Assim, as políticas que apresentam ações que assegurem a redução das desigualdades sociais e que proporcionem melhores condições de mobilidade, trabalho e lazer são fundamentais para esse processo. Neste sentido, atingir as metas dos ODS e implementar as políticas públicas de saúde e juntos com as iniciativas da sociedade contribuem em ações de maior equidade e melhores condições de saúde e qualidade de vida para os brasileiros.

## Considerações finais

As necessidades populacionais das comunidades vulneráveis encontram-se evidenciadas por condicionantes e determinantes sociais da saúde, que se apresentam como variáveis importantes para análise das necessidades da população. Além disso, contribuem para compreender os fatores que interferem, de modo direto, à qualidade de vida da população e, na saúde como as causas de natureza social, econômica e cultural.

Com isso, conclui-se que existem ações que possam representar uma relação de políticas, saúde e bem-estar coerente e viável para o desenvolvimento social, contemplando principalmente as populações mais vulneráveis utilizando-se as ODS.

## Referências

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Saúde na Agenda de Desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.30, n.12, p.2555-70, 2014. Disponível em:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<https://www.scielo.br/j/csp/a/HspmFNTFkRqDzcKggBTZvmF/?lang=pt#>. Acesso em: 7 mar. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v.25, n.12. p. 4723-35, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Acesso em: 2 mar. 2021.

BUSS, Paulo Marchiori e PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]*. 2007, v. 17, n. 1. p. 77-93. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt#>. Acesso em: 26 mar. 2021.

CAPELLA, Ana Cláudia Niedhardt. **Formulação de Políticas**. Brasília: Enap, 2018.

COSTA, Laís Silveira. Innovation in healthcare services: notes on the limits of field research. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v.32, n. Suppl 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151915>. Acesso em: 10 mar. 2021.

DIAS, Reinaldo; MATOS, Fernanda. **Políticas públicas: princípios, propósitos e processos**. 1ª ed. São Paulo: Atlas, 2012.

FREITAS, Maraiza Alves *et al.* Quem são, o que falam e quem escuta os pobres? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v.22, n.12. p.3859-82, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.24852017>. Acesso em: 7 mar. 2021.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2019. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/ods/index.html>. Acesso em: 21 set. 2020.

LEONETI, Alexandre Bevilacqua *et al.* Saneamento básico no Brasil: considerações sobre investimentos e sustentabilidade para o século XXI. **Revista de Administração Pública [online]**, v.45, n.2. p.331-48, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-76122011000200003>. Acesso em: 8 mar. 2021.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v.23, n.6. p.1799-1809. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04782018>. Acesso em: 10 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 02 fev. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wpcontent/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>. Acesso em 01 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Agenda 2030 para abastecimento de água, esgotamento sanitário e higiene na América Latina e Caribe: Um olhar a partir dos direitos humanos**. Washington, D.C.: OPAS, 2019.

PETERSEN, Rafael de Souza *et al.* Índice de Território Saudável e Sustentável dos municípios do semiárido brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v.36, n.11, p.e00200020, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/jWcWqCPKZGXt7wzSNg8gvgq/?lang=pt>. Acesso em: 7 mar. 2021.

PELLEGRINI FILHO, Alberto. Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 27, n. 11, p.2080-82, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KTz99Ys36XbhMdm9LxFtKzp/?lang=pt#>. Acesso em: 26 mar. 2021.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento**. Brasília: PNUD, 2015. p. 250.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## A MEMÓRIA SOCIAL DA AIDS – DA MORTE À CRONICIDADE

Luiz Carlos Moraes França<sup>1</sup>  
Antônio Marcos Tosoli Gomes<sup>2</sup>  
Virginia Paiva Figueiredo Nogueira<sup>3</sup>  
Pablo Luiz Santos Couto<sup>4</sup>  
Juliana Rodrigues Da Silva Gomes<sup>5</sup>  
Larissa Alves Moura de Moraes<sup>6</sup>

**Resumo:** A aids é concebida como uma doença permeada por estigmas e preconceitos, sendo considerado um problema de saúde pública de grande magnitude e caráter pandêmico. Dessa forma, a partir da trajetória do HIV/Aids, foi instituída uma nova forma de construir políticas públicas, provocando a busca de significados e sentido para a compreensão da síndrome. O objetivo da pesquisa é analisar a memória social e as suas representações, a partir da síndrome para quem vive com HIV/Aids. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, alicerçado na Teoria das Representações Sociais, em sua abordagem processual. Foi realizado em serviço ambulatorial especializado de um Hospital Universitário, localizado no Município do Rio de Janeiro. Utilizado questionário sociodemográfico e entrevista não estruturada para a obtenção dos conteúdos da representação. O conteúdo discursivo foi transcrito em um corpus e submetido à análise de conteúdo do tipo lexical com o emprego do software IRAMUTEQ para melhor

<sup>1</sup> Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na Faculdade de Enfermagem – UERJ. Rio de Janeiro. Brasil. Professor Bolsista de Iniciação Científica da FUNADESP. Docente do Centro Universitário Anhanguera de Niterói – UNIAN. Membro do grupo de pesquisa RELIGARES. E-mail: lcmoraesfranca@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeiro. Pós-Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro. Brasil. Coordenador do grupo de pesquisa RELIGARES.

<sup>3</sup> Enfermeira. Pós-doutoranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, na Faculdade de Enfermagem - UERJ. Rio de Janeiro. Brasil. Membro do grupo de pesquisa RELIGARES.

<sup>4</sup> Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem e Saúde na linha de Educação em Saúde pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB. Bahia. Brasil. Professor do Centro de Educação Superior de Guanambi – CESH. Membro do grupo de pesquisa RELIGARES.

<sup>5</sup> Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário Anhanguera de Niterói – UNIAN. Niterói. Rio de Janeiro. Acadêmica Bolsista de Iniciação Científica da FUNADESP.

<sup>6</sup> Graduanda em Enfermagem – Centro Universitário Anhanguera de Niterói – UNIAN. Niterói. Rio de Janeiro. Acadêmica Voluntária de Iniciação Científica da FUNADESP.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

compreensão das entrevistas. Estudo realizado com 32 pessoas vivendo com HIV/Aids maiores de 18 anos, sendo 31,3 % entre as idades de 41-50 anos e 51-60 anos respectivamente, 18,7% entre 31-40 anos, 68,7% do sexo masculino, 31,3% do sexo feminino, quanto ao tempo de diagnóstico 50,4% entre 13 e 25 anos e 96,9% referem o uso da Terapia antirretroviral, no que tange a fonte de acesso a informação, 32,5% utilizam mídias eletrônicas, 25,3% referem conteúdo impresso, 20,5% serviços de saúde. A construção da memória social a partir da análise realizada através das narrativas dos sujeitos, preserva as discussões suscitadas no início da síndrome, sendo a tônica sobre a cobertura da aids de forma íntima com a morte, principalmente vinculados entre os meios midiáticos sobre os famosos. Pode ser percebida uma mudança de perspectivas a partir do uso de terapia medicamentosa, o que ocasiona uma mudança nesse sentimento negativo atrelado a morte e ficam evidentes as formas de viver e conviver com a síndrome a partir da naturalização. Observa-se ainda nos relatos que o pensamento social, atualmente, se enquadra no contexto de uma doença crônica, considerada normal, dentro dos parâmetros de pertença dos entrevistados, considerando as suas representações. Os resultados desta pesquisa poderão fortalecer novas ações de saúde direcionadas ao cuidado de pessoas vivendo com HIV/Aids, na perspectiva de contribuir sobre os processos no contexto saúde-doença. A discursividade aponta e aprofunda alterações entre as representações sociais da memória social vinculada à morte e uma nova configuração da síndrome com que se convive. Assim, observou-se que ao longo do tempo, com a disponibilidade e evolução do tratamento, houve uma tendência da convivência da infecção pelo HIV como doença crônica e, assim, foi ocorrendo uma mudança na representação social do HIV/Aids para as pessoas que com ele vivem.

**Palavras-chave:** Memória Social; Aids; Representação Social; Morte; Doença Crônica.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## **Introdução**

Sendo o HIV/Aids uma doença complexa, o seu contexto não envolve somente a dimensão biológica, mas também o caráter sociocultural. De acordo com Lima (1993, p. 1), essa epidemia “representa a disseminação do vírus e da doença no espaço social e das normas e das informações no mundo da representação deste mesmo espaço”.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

De acordo com Moscovici (1978, p.78), “representação social é uma modalidade de conhecimento particular, que tem como função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos no quadro da vida cotidiana”. Segundo o mesmo autor, as representações tornam-se frutos dos processos de interação através da comunicação de caráter dinâmico em um determinado momento.

De acordo com as proposições de Sá (2005, p. 69), “é possível observar a ocorrência de memória nas representações sociais, através da ancoragem das experiências novas em conhecimentos preexistentes”. A respeito das representações e memórias da aids, Jodelet (2001) diz que estas inscrevem-se nos quadros de pensamento preexistentes engajadas numa moral social. Destarte, no contexto da trajetória do HIV/Aids foram instituídas formas próprias de construir políticas públicas de saúde, provocando a busca de significados e sentido para a compreensão da síndrome.

Diante do contexto exposto, observa-se uma memória social acerca da aids que se configura como conjunto de representações sociais do passado acerca da síndrome. No processo de reconstrução dessa memória, pode-se concordar com Jodelet (2001) quando destaca que a aids foi uma entidade mórbida em que ficou evidenciada, em sua trajetória, o encontro da história biomédica e social no mesmo caminho de seu desenvolvimento, uma vez que a ciência buscava o entendimento sobre a tal patologia e a as informações veiculadas pela mídia foram evidentes para a construção de imagens e a própria representação social.

Assim, este estudo tem como objetivo compreender as relações entre a memória social do HIV/Aids e suas representações para quem vive com a infecção.

## **Método**

Trata-se de um estudo descritivo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, alicerçado na Teoria das Representações Sociais (TRS), através da abordagem processual, com



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

foco no processo da constituição das representações sociais. Foi definida por Jodelet (2001, p. 21), como uma “forma de conhecimento elaborada e partilhada socialmente, com um objetivo prático, o que confere a contribuição para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”.

Sá (1998) destaca que a abordagem processual das representações sociais está vinculada a uma vida cotidiana, em seus aspectos constituintes sobre os seus significados e produções simbólicas. Segundo Jodelet (2001), a abordagem processual permite conhecer o conteúdo das representações sociais, que podem ser: crenças, valores, atitudes, informativos, opiniões, através de entrevista, questionário, utilizando o conjunto de informações sobre um determinado objeto.

Este estudo é derivado da dissertação “As representações sociais da espiritualidade para pessoas que vivem com HIV/Aids” que integra o projeto intitulado “A espiritualidade e a religiosidade em pessoas que vivem com HIV/Aids e suas interfaces com as representações da síndrome: construções simbólicas, práticas sociais e cuidado em enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro sob o parecer nº 699.220/2014.

O cenário da pesquisa foi um Hospital Universitário Estadual, localizado no município do Rio de Janeiro que realiza serviço de ambulatorial especializado (SAE). Os sujeitos da pesquisa foram 32 pessoas vivendo com HIV/Aids, em tratamento no referido serviço, com idade superior a 18 anos. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário de caracterização sociodemográfica e entrevista semiestruturada para a obtenção dos conteúdos da representação.

De acordo com Abric (2001) a entrevista constitui-se de um importante método para os estudos das representações sociais, sendo caracterizada como uma interação finalizada, constituindo dessa forma uma importante ferramenta para o acesso ao conteúdo das representações.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Para análise, os dados sociodemográficos, foram registrados em planilhas do *Microsoft Excel®*, em seguida organizados em tabelas, com frequências absolutas e relativas, e o conteúdo discursivo foi transcrito em um corpus formatado no *Word®* e submetido à análise de conteúdo do tipo lexical com o emprego do *software IRAMUTEQ* (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

Este permite fazer análises estatísticas em variáveis qualitativas, sobre corpus de dados textuais por meio de lexicografia (frequência e estatística básica) do método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), fornecendo contextos e classes geradas sobre os Segmentos de Texto (ST), classificados em função de seus respectivos vocabulários e o conjunto deles, sendo apresentado em repartidas formas reduzidas em função da frequência, a partir de matrizes de corpus textuais, cruzando segmentos de textos e palavras (em contínuos testes do tipo  $X^2$ ), aplica-se o método de CHD e obtém-se uma classificação estável e definitiva (CAMARGO; JUSTO, 2013; 2017).

Com a finalidade de obter uma clareza acerca dos conteúdos representacionais, os ST apresentados no estudo, acompanharão a nomeação de entrevista, acrescido de numeral de identificação, em seguida das variáveis sexo e o  $\chi^2$  de maior representação conforme escolha pelo autor.

## **Resultados e discussão**

Os sujeitos da pesquisa foram 32 pessoas vivendo com HIV/Aids, majoritariamente do sexo masculino (68,7%). No que concerne à idade, os dados também revelaram que duas faixas etárias, de 41 a 50 anos e 51 a 60 anos, concentravam 31,3% do total de sujeitos, respectivamente, seguido por 18,7% de pessoas entre 31 a 40 anos. No que tange ao tempo de diagnóstico, evidenciou-se que 50,4% dos integrantes do estudo, haviam recebido o diagnóstico entre 13 a 25 anos. No que tange a fonte de acesso à informação, 32,5% utilizaram mídias



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

eletrônicas, 25,3% referiram conteúdo impresso, 20,5% serviços de saúde. Quanto ao uso das medicações antirretrovirais, 96,9% dos entrevistados afirmaram o uso da Terapia Antirretroviral (TARV), em contrapartida 3,1% afirmaram não fazer uso no momento da entrevista. Fato que evidencia a adesão à TARV entre os sujeitos.

A construção da memória social a partir das narrativas dos sujeitos preserva as discussões suscitadas no início da síndrome, sendo as tônicas sobre a aids e a intimidade com a morte. Isto ocorreu, principalmente, quando foram vinculados entre os meios midiáticos as mortes de artistas em decorrência da aids.

Porque quando veio a aparecer a história da aids, **muita gente tinha sem saber o que era, muita gente morreu sem saber que tinha**, e a aids já vinha acabando com todo mundo é isso fica difícil não tem como você escolher ter a doença. (entrevista: 152, feminino, x<sup>2</sup>: 135.83)

**Morreram** todos os **artistas**, não sabiam, morriam. Hoje em dia você quase não vê ninguém mais que morreu com HIV, quando a doença apareceu morria muita gente assim, e gente que não apareceu na televisão. (entrevista: 147, feminino, x<sup>2</sup>: 189.43).

Era uma época que a gente via que tinham **pessoas famosas** que já tinham falecido, como o cazuza e já se falava que a aids é um vírus mortal e hoje em dia não. (entrevista: 142, masculino, x<sup>2</sup>: 127.77).

Pela idade da maioria dos entrevistados, observa-se que muitos viveram o início da chegada do HIV e da aids, fato que propiciam muitas memórias da época e a formação das primeiras representações quando se falava no vírus causador da aids como mortal e hoje não se fala tanto. No tocante à natureza dos relatos, os participantes referem grande frequência de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

morte associada ao HIV/Aids no passado e um potencial de crescimento sobre a ideia de conviver e viver com HIV/Aids.

Então, hoje em dia **viver** **com HIV/Aids é relativamente tranquilo**, você vai se **acomodando**, mas para mim já foi terrível porque eu perdi todo mundo todo mundo morreu e eu deprimi porque eu falei. (entrevista: 135, masculino, x<sup>2</sup>: 167.10).

As representações sociais da aids sempre foram marcadas pela ideia de morte, quer seja biológica ou simbólica. Ainda que isto não tenha sido superado no cotidiano das pessoas que vem com a síndrome, destaca-se o papel das memórias sociais ao longo de todo este tempo, alicerçando-se nas primeiras representações que se formaram sobre a síndrome, sendo estas relacionadas à morte, ao preconceito, à discriminação, entre outras, tendo sido e ainda é difícil para as pessoas receberem esse diagnóstico de soropositividade para o HIV.

Num estudo realizado sobre tratamento antirretroviral e depressão, a maioria dos entrevistados apresentou ambivalência entre vida e morte quando se descobriu HIV positivo. A angústia que toma conta das pessoas nessa situação parece estar relacionada com a possibilidade de morte, por um lado, em função da persistência da compreensão de que aids mata, e por outro, porque uma mudança importante terá que acontecer na vida para que possa conviver com o vírus e ter qualidade de vida (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Outro estudo mostra que, o momento posterior à descoberta do diagnóstico, é algo assustador, podendo a pessoa passar por processos de depressão e de solidão ao longo dos anos, com medo da morte, sua e de outros, assim como sentimentos de desencantamentos e derrotas. Depois de processar o que está acontecendo, aos poucos, estes sentimentos, ao menos para alguns, vão sendo substituídos, com diminuição da dor e caminhos de controle ou superação da depressão. Este processo, muitas vezes, está relacionado à espiritualidade do sujeito, que busca forças no





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

sagrado para que saia da obscuridade que essa situação representa, através da aceitação da infecção e da adesão ao tratamento (GOMES *et al.*, 2020).

A experiência e a vivência da morte que cercou os casos mais antigos sobre a aids parece ter passado por mudanças representacionais ao longo dos anos com a evolução do tratamento e a diminuição das mortes, resultando na representação da aids para a condição de uma doença crônica na atualidade.

*Aids para mim é como uma **doença normal**, só que nós temos que nos tratar, nos cuidar, eu não tenho raiva por ter contraído essa doença, porque o que você planta você vai colher um dia. (entrevista: 132, masculino, x<sup>2</sup>: 107.01).*

*Tem uma série de outras questões que acarretam a parte do **uso dos antirretrovirais**. É **doença crônica tratável** hoje em dia. (entrevista: 135, masculino, x<sup>2</sup>: 109.58).*

*Então hoje em dia é **uma doença tratável**, basicamente a aids para mim é isso, eu acho que eu vivi com o vírus da aids em vários estágios são 25 anos. (entrevista: 135, masculino, x<sup>2</sup>: 161.12).*

Observa-se ainda nos relatos que o pensamento social acerca do HIV/Aids, atualmente, se enquadra no contexto de uma doença crônica, considerada normal, dentro do grupo de pertença dos entrevistados. Pode ser percebida uma mudança de perspectivas a partir do uso da terapia medicamentosa, ocasionando uma troca desse sentimento negativo atrelado à morte e evidenciando as formas de viver e conviver com a síndrome a partir da naturalização.

Num estudo com pessoas vivendo com HIV e destacaram uma ligação de ser soropositivo ao HIV e ter uma doença crônica como diabetes e hipertensão, o que traz um significado de doença crônica controlada através de uso de medicamentos, não sendo mais



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

associada à iminência de morte, gerando uma nova perspectiva de vida aos acometidos (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2011).

Um estudo realizado com soropositivos ao HIV, revelou que o seu viver é marcado por sucessivas adaptações na vida cotidiana, tal como a relação com o corpo, com a família e o desenvolvimento da sexualidade (FRANÇA, 2018). A terapia antirretroviral se mostra como um desafio nesse processo de intensas e abruptas adaptações, uma vez que ela é permanente no cotidiano do grupo, dando materialidade à doença. Ela impõe, ainda, a necessidade de um cuidado de saúde permanente, inegociável, pois é indispensável para a sobrevivência. A terapia antirretroviral é compreendida como um preditor positivo da qualidade de vida, pois age ao melhorar a imunidade, controla a carga viral e diminui a progressão da doença (SILVA *et al.*, 2021).

Eu que tenho um **diagnóstico tão longo**, vejo que fui **privilegiado** no sentido de ver isso tudo porque na época que eu tive o diagnóstico, as pessoas morriam mesmo, morria todo mundo naquele tempo ficou quase ninguém da minha relação de amigos e pessoas próximas. (entrevista: 135, masculino, x<sup>2</sup>: 107.80)

Para mim a **aids é difícil**, uma **doença horrível**, mas você vive bem se você se tratar, não sei te dizer o que é para mim é difícil, **hoje é mais fácil viver com HIV**. (entrevista: 131, feminino, x<sup>2</sup>: 148.19)

É bem mais **difícil das pessoas morrerem hoje em dia, só se não tomarem o remédio**, que já começam a virem os sintomas eu abandonei o tratamento foi agora. (entrevista: 122, feminino, x<sup>2</sup>: 144.60)

Assim, torna-se evidente acima, através da adaptação ao uso destes fármacos, a evolução temporal e tecnológica no contexto da aids fez com que ela passasse a ser considerada como uma entidade mórbida tratável, deixando para trás a íntima conexão entre ser soropositivo ao



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

HIV ou ter a síndrome e a morte, passando a ser um processo de digerir o diagnóstico e se adaptar às mudanças na vida para que se possa viver com qualidade.

Pode ser identificada, ainda, uma forma de apoio entre os próprios pacientes, inclusive uma ideia de encorajamento situacional, o que torna uma prática positiva a partir de exemplos e incentivo próprios que poderá ser um modificador ou um aporte para a aceitação.

Para as pessoas que se descobrem com HIV hoje em dia, eu **mando a mensagem para que não tenham medo, que a vida continua**, que sejam mais responsáveis, que tomando os medicamentos todo dia se consegue um resultado positivo e uma vida mais saudável, igual eu consigo. (entrevista: 143, masculino, x<sup>2</sup>: 121.35).

Pelo fato de se estar na mesma condição, acredita-se que esta situação de solidariedade pode ser o fundamento da construção de uma ideia de positividade para a existência de uma nova percepção acerca do futuro e da realidade.

Ao analisarmos as falas dos entrevistados obtém-se a construção de memórias sociais no contexto do pensamento social do grupo estudado, onde a imagem de morte associada a personagens da época, especialmente os famosos, e a própria morte, seriam a única possibilidade. Entretanto, com o passar dos anos, são relatadas formas de viver e conviver com a síndrome, fornecendo uma característica modificadora sobre o conceito da morte e tal perspectiva nos leva a entender que, ao descobrir essa possibilidade, os sujeitos levam uma vida de forma a compreender a necessidade do rigoroso regime da TARV e uma naturalização do diagnóstico associado a cronicidade.

## **Considerações finais**

A discursividade aponta e aprofunda alterações entre a memória social vinculada à morte e uma nova configuração da síndrome com a qual se convive. A característica



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

modificadora desse pensamento social centra-se na cronicidade da síndrome e na mudança da representação social do HIV/Aids para as pessoas vivendo e convivendo com a infecção.

Com o passar do tempo, a ideia de fatalidade foi sendo substituída por novas perspectivas e ocasionando uma mudança desse sentimento negativo atrelado à morte, embora esta dimensão ainda esteja presente nas representações e fortemente presente nas memórias. Neste sentido, ao compreender o tratamento e conhecer mais sobre a síndrome contribuíram para o processo de aceitação e para a superação desse sentimento de morte.

Por fim, os resultados desta pesquisa poderão fortalecer novas ações de saúde direcionadas ao cuidado de pessoas vivendo com HIV/Aids, na perspectiva de contribuir sobre os processos no contexto saúde-doença.

## Referências

CAMARGO, Brígido Vizeu.; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>. Acesso em 12 jul de 2021.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. *Tutorial para uso do software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*. **Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição** – UFSC, 2017.

COUTINHO, Maria. F.C. ; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde debate**, v.42, n. 116, p. 148-161, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GbWkT4kgZ3PBQHRjD9W8mTp/abstract/?lang=pt> Acesso em 10 de jul de 2021.

FRANÇA, Luiz Carlos Moraes. **As representações sociais da espiritualidade para pessoas que vive com HIV/Aids**. 2018. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. 2018.

GOMES, Antônio .M.T. ; OLIVEIRA, Denise C. ; SÁ, Celso P. O sistema único de saúde na representação social de usuários: uma análise de sua estrutura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n.4, p. 631-8, 2011. Disponível em:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<https://www.scielo.br/j/reben/a/wPfbQCPSYpmNNqVZzkYMkhH/?lang=pt> Acesso em 18 jul de 2021.

GOMES, Marcia P.; BARBOSA, Diogo J.; GOMES, Antônio M.T.; SILVA, Girlene A.; SOUZA, Fabiana B.A.; BRUGGER E SILVA, André L. A fé e a esperança como ferramenta de suporte frente ao diagnóstico positivo de HIV. **Fragmentos de cultura**, v.30, n.1, p. 113-123, 2020. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/fragmentos/article/view/7663> Acesso em 05 de jun de 2021.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise. (org). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2001, p. 17-44.

LIMA, Montenegro de. C. R. Aids- as epidemias dos vírus e das informações. **Ciência da informação**, v.22, n3, 1993.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1978.

SÁ, Celso. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SÁ, Celso. P. As memórias da memória social. In: SÁ, C. P. (Org.). **Memória, Imaginário e Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005. p. 63-86.

SILVA, Danielle. P.E.; OLIVEIRA, Denise. C.; MARQUES, Sérgio.C.; HIPÓLITO, Rodrigo.L.; COSTA, Tadeu. L.; MACHADO, Yndira.Y. Representações sociais da qualidade de vida de jovens que vivem com HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, n. 74, v.2, e20200149, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HqdtPHgM6G4hJn3rJcKyX5d/?lang=pt&format=pdf> Acesso em 15 jul 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ARTICULAÇÃO DE REDE:  
PROCESSOS DE COGESTÃO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE**

Gabriela Radin Piesanti<sup>1</sup>  
Júlia de Mattos<sup>2</sup>  
Marina Caravaggio<sup>3</sup>  
Pâmela Kurtz Cezar<sup>4</sup>  
Vânia M. Fighera Olivo<sup>5</sup>

**Resumo:** O Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) é um incremento qualificador da Atenção Básica (AB) no SUS, que busca romper, no cotidiano dos processos de trabalho, a visão biomédica centrada, fragmentada e tradicional da atenção à saúde no Brasil. Enquanto equipe multiprofissional busca apoiar, ampliar e qualificar a atenção e a gestão da saúde pública por meio de um trabalho interdisciplinar, com vistas à clínica ampliada e ao apoio matricial e institucional junto às equipes da Atenção Básica. Desse modo, o NASF-AB também atua como um agente produtor de políticas de saúde através da articulação com os demais níveis de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e de ações cotidianas nas equipes de Saúde da Família (eSF), diante das condições de vida dos usuários sobre seus determinantes e condicionantes de saúde. Objetiva-se nesse estudo relatar as atividades do NASF-AB, com foco nas ações de articulação entre atenção e gestão,

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM, Santa Maria/ RS, Brasil. Endereço eletrônico: [gabrielarpiesanti@gmail.com](mailto:gabrielarpiesanti@gmail.com)

<sup>2</sup> Profissional de Educação Física, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM, Santa Maria/ RS, Brasil.

<sup>3</sup> Fonoaudióloga, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM, Santa Maria/ RS, Brasil.

<sup>4</sup> Mestre pela UFSM, Psicóloga, Equipe NASF-AB, Secretaria do Município da Saúde de Santa Maria, Santa Maria/ RS, Brasil.

<sup>5</sup> Doutora pela UFRGS, Enfermeira, Coordenadora do Programa de Residência em Área Profissional da saúde, modalidades Uniprofissional e Multiprofissional, Universidade Federal de Santa Maria/ UFSM, Santa Maria/ RS, Brasil.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

entendendo-as como viabilizadoras de política de saúde em resposta social às condições de saúde dos indivíduos. Esse relato de experiência foi construído a partir de espaços de discussões coletivas incluindo reuniões periódicas que a equipe do NASF-AB e seus residentes desenvolvem semanalmente, bem como participam periodicamente junto às eSF vinculadas e outras equipes de atenção e de gestão da Secretaria do Município da Saúde de Santa Maria, RS. Tais vivências têm se revelado como fundamentais para pactuar, planejar, monitorar, assim como avaliar os processos de trabalhos do NASF-AB na perspectiva da articulação da rede. A atuação integrada entre profissionais do NASF-AB, profissionais das eSF e profissionais da gestão, permitiu o planejamento e implementação de ações condizentes com as necessidades dos territórios de atuação da equipe do NASF-AB, bem como promoveu atividades de fortalecimento da comunicação entre os serviços, potencializando a atenção à saúde do usuário ao desenvolver ferramentas de compartilhamento do cuidado, monitoramento dos usuários através de planilhas, definição de fluxos para acesso, organização conjunta da agenda de ações, educação permanente com as equipes de eSF, entre outros. O NASF-AB, através de suas ações de cogestão da clínica ampliada, de base interdisciplinar-interprofissional-intersetorial, contribui significativamente para a consolidação de políticas públicas de saúde alinhadas ao fortalecimento e à construção de RAS na perspectiva do cuidado integral na AB, evidenciando o quão significativo é esse arranjo multiprofissional para garantir a consolidação dos Princípios e Diretrizes do SUS.

**Palavras-chave:** Atenção Básica; Políticas Públicas; Gestão da Prática Profissional; Educação Interprofissional; Educação Permanente.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi implementada como política de Estado a partir da promulgação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), tendo papel central na realização de ações voltadas à promoção, proteção e manutenção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos (BRASIL, 2011). Nessa perspectiva, a APS é considerada a porta de entrada do Sistema



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Único de Saúde (SUS) e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo conforme Sarti *et al.* (2020), a protagonista enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado.

Com o objetivo de expandir, qualificar, consolidar a APS, e principalmente reorientar o modelo assistencial brasileiro, o Ministério da Saúde (MS) assumiu, a partir de 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente reconhecido como Estratégia Saúde da Família (ESF), o qual embora busque respostas para todas as necessidades de saúde, apresenta desafios relacionados à maior resolubilidade, integração à rede assistencial, desenvolvimento de ações intersetoriais e compartilhadas, assim como coordenação do cuidado de forma efetiva (FIGUEIREDO, 2012; ARANTES, 2016).

Dentre as diferentes políticas que contribuíram para a melhora na qualidade da APS, está o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado através da portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Esse apoio é realizado por profissionais com núcleos distintos daqueles que constituem a equipe mínima das unidades de saúde, com objetivo de apoiar as ESF na rede de serviços e ampliar tanto a abrangência quanto o escopo das ações e sua resolubilidade (BRASIL, 2008). Nesse viés, o NASF possui como base o trabalho desenvolvido de maneira integrada para dar suporte — clínico, sanitário e pedagógico — às equipes, proporcionando cuidados à população de acordo com os princípios da integralidade, universalidade e equidade, preconizados pelo SUS (BRASIL, 2014).

Destaca-se que a partir da publicação da versão mais recente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), decorrente da Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, o NASF passou a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), apoiando equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Primária (eAP) (BRASIL, 2017). Diante disso, ao longo deste capítulo, algumas vezes serão adotadas a nomenclatura "NASF", outras vezes, "NASF-AB", uma vez que determinadas referências são precedentes à portaria supramencionada.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

No que se refere às ações e práticas de cuidado realizadas pelo NASF, essas contrapõem a lógica curativista, fragmentada e individual, preconizados por modelos assistenciais hegemônicos (BRASIL, 2009), de modo que ocorrem ações de gerenciamento do cuidado por distintas ferramentas como: pactuação de ações com as unidades de saúde, matriciamento — caracterizado pelo apoio entre equipes, em formato de rede, em um processo de construção compartilhada — clínica ampliada, a qual visa adequar às especificidades de cada profissão às necessidades de cada usuário, somado a uma visão ampliada do processo saúde-doença, ações de educação permanente, com foco na qualificação do processo de trabalho e Projeto Terapêutico Singular (PTS).

Com relação ao objeto do PTS, sua construção é direcionada a situações mais complexas de saúde, pois é caracterizado por um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um indivíduo, uma família ou um grupo, decorrente de discussões e pactuações interdisciplinares e mediadas pelo apoio matricial (BRASIL, 2008). Desta forma, o PTS é uma ferramenta de cogestão e compartilhamento do cuidado, na medida que possibilita a definição de objetivos comuns entre os usuários e os profissionais de saúde (SILVA *et al.*, 2012).

Com isso, busca-se garantir a assistência à saúde possibilitando a construção conjunta de linhas de cuidado, representando assim um *continuum* assistencial composto por ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma a ampliar e qualificar as intervenções no território e na saúde de grupos populacionais (BRITO, 2005). Tais ações também podem ser intersetoriais, com foco na prevenção de agravos e promoção da saúde dos usuários assistidos.

Com foco nesses pressupostos referenciados, de bases legais e operacionais, que orientam processos de qualificação do SUS, o presente relato de experiência tem como justificativa a necessidade de evidenciar a importância de uma equipe de NASF-AB enquanto dispositivo para qualificar não apenas os processos de gestão e atenção em saúde, mas





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

também os profissionais residentes em formação via Programas de Residência Multiprofissional. Nesse viés, atuando de modo cooperativo e complementar visam romper sistemas e serviços fragmentados de atenção à saúde, fortemente hegemônicos, isolados e incomunicados uns com os outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população.

## **Método**

Este capítulo apresenta-se como um relato de experiência das ações desenvolvidas por uma equipe de NASF-AB pertencente a um município do interior do Rio Grande do Sul. Essa equipe é formada por funcionárias concursadas via secretaria municipal de saúde, sendo estas: duas psicólogas e uma fisioterapeuta, contando também com a participação de outros seis núcleos profissionais oriundos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, vinculados à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM): Educação Física, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Estes residentes se vinculam à equipe fixa do NASF-AB durante todo o segundo ano da formação, visando a compreensão da lógica de trabalho do NASF-AB no que tange o seu papel em apoiar as eSF, com foco na longitudinalidade do cuidado no âmbito da atenção básica que o NASF-AB é alicerçado.

Essa equipe presta apoio a cinco equipes de Saúde da Família do município, situadas em regiões de vulnerabilidade, desenvolvendo ações de apoio matricial e institucional. Assim, esse relato tem como fonte de informações as principais vivências dessa equipe de NASF-AB em suas estratégias de cuidado e intervenções, construídas a partir da conexão entre gestão e atenção à saúde em espaços de discussões coletivas, com destaque: reuniões periódicas com as equipes de saúde da família (eSF) que o NASF-AB vinculou-se, reuniões com a Gestão municipal de saúde, encontros com instâncias colegiadas municipais e estaduais através dos





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

conselhos de gestores de saúde, reuniões de articulação de rede e espaços de educação permanente, os quais não acontecem apenas às equipes apoiadas, mas à rede de saúde do município.

## **Resultados e discussões**

A equipe do NASF-AB busca apoiar, ampliar e qualificar a atenção e a gestão da saúde por meio de um trabalho interdisciplinar colaborativo, com vistas ao desenvolvimento da clínica ampliada, via apoio matricial e institucional, junto às equipes de Saúde da Família (eSF) vinculadas. Esse fazer perpassa pelas seguintes ações: participação nas reuniões de equipe das eSF com a análise e discussão de casos dos usuários adstritos que necessitam de um olhar ampliado de saúde; elaboração de propostas de intervenção voltadas a ações clínicas e/ou coletivas com os usuários de modo integrado e corresponsável; atendimentos individuais e domiciliares; interconsultas multiprofissionais; grupos de saúde, ações de educação permanente de acordo com as demandas identificadas pelas equipes como necessárias de serem fortalecidas, articulações de forma intersetorial com a RAS; construção de PTS; entre outras ações que estejam focadas na prevenção e promoção da saúde.

Para que tais ações sejam desenvolvidas de forma assertiva e harmônica com as necessidades que as eSF demandam, é utilizado para organização e estratégia interna de análise-reflexiva dos processos e planejamentos de trabalho, as reuniões de equipe semanais apenas com a equipe NASF-AB, a fim de alinhar as atividades que a equipe multiprofissional desenvolverá na semana subsequente. Assim, são respaldadas com a participação regular de preceptoria e tutoria de campo do Programa de Residência Multiprofissional da UFSM, além disso, são realizadas atividades de tutorias de núcleo profissional que reverbera e fomenta essa análise-reflexiva sobre o NASF-AB e a APS, tendo significativo impacto no processo formativo dos residentes como profissionais atuantes no SUS.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Com intuito de qualificar o planejamento das intervenções, a equipe do NASF-AB desenvolveu alguns instrumentos, tais como: formulário de compartilhamento do cuidado entre NASF-AB e eSF, planilhas de monitoramento dos usuários acompanhados, cronograma semanal de ações, entre outros. Por sua vez, as ferramentas empregadas pela equipe são utilizadas para melhorar o processo de trabalho e produzir um cuidado qualificado na APS. Desse modo, passam a contribuir para a análise situacional, proporcionando aos gestores a identificação de nós críticos na produção do cuidado e favorecendo o planejamento adequado de intervenções para a solução dos problemas, bem como a mediação de conflitos.

Assim, no contexto das práticas desenvolvidas, enquanto agente produtor de cuidado, o NASF-AB ganha protagonismo na efetivação das políticas locais de saúde, pois auxilia na qualificação dos planos, programas e as ações de saúde do governo municipal, alinhados a um efetivo processo de participação social, fomentando a integração entre gestão, trabalhadores e usuários do sistema, conforme determina a Lei nº 8.142 (BRASIL, 1990). Deste modo, parte-se da perspectiva de que a participação social, não pode estar restrita a instâncias colegiadas e sim incentivada e valorizada no dia a dia nas unidades de saúde (BRASIL, 2009). É nesse cenário que o NASF-AB protagoniza suas ações, atuando na construção de diagnóstico situacional dos territórios vinculados, alinhando os objetivos de cada política de saúde do município com as intervenções junto às equipes apoiadas, planejando e elaborando estratégias a serem adotadas para que as essas políticas de saúde sejam uma resposta social efetiva aos usuários do SUS.

Por outro lado, essa vivência também apresentou alguns desafios, encontrados no planejamento e execuções de ações realizadas pelo NASF-AB, sobretudo em relação à escassez de ações de articulação com a RAS. Tais desafios são abordados em outros estudos (MONTEIRO *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2020; CIRINO *et al.*, 2021), destacando a necessidade de fortalecimento da APS. Desta forma, se tornou desafiador garantir a integralidade do cuidado, visto que, essa exige que os profissionais se articulem, seja no plano



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

dos diferentes serviços e unidades de saúde que compõem a RAS ou entre os diferentes serviços que compõem as gestões de saúde e o contexto intersetorial.

Nesse ponto é importante refletir sobre a atual conjuntura que as equipes de NASF-AB se encontram, a partir da publicação da Portaria nº 2.979 de 2019, que institui o Programa Previne Brasil, estabelecendo o novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS. A partir dessa publicação o Ministério da Saúde (MS) passa a não realizar mais o credenciamento de equipes de NASF-AB, ficando a critério do município a responsabilidade do financiamento dessas equipes (BRASIL, 2019).

Diante desse cenário a equipe do NASF-AB tem buscado estratégias de articulação junto a gestão municipal de saúde, para garantir sua permanência enquanto equipe de apoio matricial e institucional. Dentre as estratégias elencadas estão o fortalecimento das ações de educação permanente, através do suporte às equipes no sentido de reflexões sobre seu processo de trabalho, com vistas ao fortalecimento do planejamento estratégico a partir da análise de indicadores de saúde e perfil epidemiológico do território.

É necessário pontuar sobre a manutenção das equipes de NASF-AB, sobretudo para garantir o fortalecimento da APS através de um cuidado ampliado e interdisciplinar, visto que as equipes de Saúde da Família possuem uma composição mínima. A vivência em uma equipe de NASF-AB possibilita ponderar sobre a potencialidade do olhar interdisciplinar e longitudinal no contexto da APS e o quanto as equipes de Saúde da Família necessitam do apoio de outros profissionais para dar conta da complexidade das demandas presentes em seus territórios de atuação, tanto no contexto do cuidado com os usuários como no âmbito da qualificação dos processos de trabalho.

Faz-se necessária a composição multiprofissional das equipes principalmente na APS porque as demandas de saúde são multicausais e complexas e necessitam de diferentes olhares profissionais para o devido manejo. Entretanto, mais que a multiprofissionalidade, a ação



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

interdisciplinar dessa equipe deve ser um objetivo a ser estabelecido, de modo a garantir o compartilhamento e a corresponsabilização da prática de saúde entre os membros da equipe.

A conquista de uma atuação compartilhada entre tais equipes revelou a importância dos profissionais desenvolverem competências estratégicas de comunicação compartilhada, com foco na cogestão, na perspectiva de potencializar o valor do planejamento e fazer integrado. Sendo assim, trabalhar com os diferentes níveis de assistência e de gestão é trabalhar em rede, é fortalecer o conjunto de pontos coordenados de atenção à saúde do usuário com garantia do cuidado integral, contínuo e adequado (MENDES, 2011).

No entanto, exercer a prática interdisciplinar que visa a desconstrução do modelo hegemônico não é exercício simples, é uma batalha contínua e de resistência dos profissionais de saúde, principalmente aos trabalhadores do NASF-AB. Assim, o fazer conjunto e articulado requer empenho de diversos atores, visto que a compreensão do processo saúde-doença vai além de sintomas pontuais, acolhendo o contexto de vida da população de forma a acompanhar longitudinalmente os usuários em suas condições crônicas, tecendo uma RAS mais potente e uma atenção mais humanizada.

## **Considerações finais**

Salienta-se a importância da escrita desse capítulo para apresentar o trabalho do NASF-AB e enaltecer sua importância para garantir à população uma atenção humanizada em saúde e longitudinal através da clínica ampliada e apoio matricial e institucional, idealizada desde a criação do SUS através da Lei orgânica, preconizada e instituída após anos de lutas sociais e sindicais.

Este relato significou e constituiu-se num documento de produção de significados vivenciados por uma equipe multiprofissional da saúde incluindo residentes em formação, que desafiaram a instituição de um paradigma de gestão da clínica compartilhada contra a



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

fragmentação das ações no sistema de saúde. De modo fundamental, significou e constitui-se também como estratégia de resistência frente aos ataques de desmonte do SUS e do NASF-AB, evidenciados com a publicação da Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.

Desta maneira, esse estudo evidenciou que uma lógica de saúde sem a atuação do NASF-AB com o olhar multiprofissional na APS e em outros níveis de atenção à saúde, irá favorecer o enfraquecimento e a fragmentação da organização da RAS, fazendo assim, com que anos de luta pela integralidade, equidade e universalidade retrocedam. A escrita desse documento é uma forma não apenas de contribuir com a ciência, mas também de produzir cuidado, traduzidos na luta enquanto profissionais de saúde do NASF-AB e do SUS.

Portanto, o NASF- AB, que até então desempenha uma função importante na ampliação do cuidado numa perspectiva de consolidação de redes integradas em direção a oferta de serviços mais qualificados na APS, não está mais assegurado pelo MS, delegando aos municípios a decisão de sua continuidade ou não. Mas como manter essa estratégia sem incentivo financeiro? Como encontrar meios de tornar os NASFs autossustentáveis e garantir uma assistência ampliada e mais resolutiva na porta de entrada do sistema, que são os serviços da rede básica (eSFs e eAPs)? Entende-se que o NASF-AB deve resistir, com apoio das instâncias colegiadas como controle social, instâncias gestoras, de formação, de assistência, e outras de representação social, para que seja possível articular e pactuar estratégias alternativas para sua continuidade enquanto integrante da RAS.

## Referências

ARANTES, Luciano José; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1499–1510, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015215.19602015. Acesso em 20 jul de 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Assembleia da República. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm). Acesso em 20 de jul de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf). Acesso em 22 de jul de 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, por meio da alteração da Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979\\_13\\_11\\_2019.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2019/prt2979_13_11_2019.html). Acesso em 23 de jul de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão**. 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_gestao\\_participativa\\_cogestao\\_2ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf). Acesso em 23 de jul de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Cadernos de Atenção Básica, n. 24, Brasília, DF, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_24.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_24.pdf). Acesso em 23 de jul de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Cadernos de Atenção Básica, nº 39, Brasília, DF, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo\\_apoio\\_saude\\_familia\\_cab39.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf). Acesso em 26 de jul de 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em 20 de jul de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jan. 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em 20 de jul de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em 22 de jul de 2021.

BRITO, Jussara Cruz de. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1612-1619, set-out, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/BQzD3SjRCYVqR4DRvcwNT3y/?lang=pt>. Acesso em 26 de jul de 2021.

CIRINO, Ferla Maria Simas Bastos *et al.* Desafios da atenção primária no contexto da COVID-19: a experiência de Diadema, SP. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2665, 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2665/1619>. Acesso em 22 de jul de 2021.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. **Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos**. Módulo Político Gestor, 2010. UNA-SUS: UNIFESP. Disponível em: [https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_5.pdf](https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf). Acesso em 26 de jul de 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549. Brasília, DF, 2011. Disponível em:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em 22 de jul de 2021.

MONTEIRO, Cláudia Oliveira *et al.* Desafios e possibilidades na reorientação do processo de trabalho dos terapeutas ocupacionais nos núcleos ampliados de saúde da família e atenção básica em meio à pandemia da Covid-19. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional.**, v. 5, n. 2, p. 244-251, 2021. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/35371/pdf>. Acesso em 22 de jul de 2021.

OLIVEIRA, Maria Angélica Bezerra de *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. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/96>. Acesso em 26 de jul de 2021.

SARTI, Thiago Dias *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 0, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 28 de jul de 2021.

SILVA, Maria *et al.* **Projeto Terapêutico Singular: responsabilização, vínculo e resolutividade – relato de experiência.** In: Congresso da Rede Unida, 9., 2010, Porto Alegre, 2010. Disponível em: <http://congressoanterior.redeunida.org.br/resumos/RE1032-2.pdf>. Acesso em 20 de jul de 2021.

TESSER, Charles Dalcanale. Núcleos de Apoio à Saúde da Família, seus potenciais e entraves: uma interpretação a partir da atenção primária à saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, p. 565–578, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zBhWdfDtYq67F3874K6KY8F/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 23 de jul de 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## CONFLITOS ÉTICOS NA PERCEÇÃO DE ENFERMEIROS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Íris Cristy da Silva e Silva<sup>1</sup>  
Marluce Alves Nunes Oliveira<sup>2</sup>  
Elaine Guedes Fontoura<sup>3</sup>  
Déborah de Oliveira Souza<sup>4</sup>  
Analu Sousa de Oliveira<sup>5</sup>  
Ayla Melo Cerqueira<sup>6</sup>

**Resumo:** A unidade de terapia intensiva neonatal é considerada um ambiente complexo e singular, com alta tensão profissional por prestar cuidado direto a recém-nascidos em estado crítico de saúde, desse modo, expõe os enfermeiros ao estresse, visto que é preciso aliar tecnologias de ponta e conhecimento científico à uma prática sensível, humanizada e individualizada, fazendo com que esses profissionais fiquem vulneráveis a vivenciar conflitos éticos em sua prática cotidiana. Este estudo objetiva conhecer como os enfermeiros percebem conflitos éticos vivenciados em unidade de terapia intensiva neonatal, identificar como os enfermeiros enfrentam os conflitos éticos em unidade de terapia intensiva neonatal e descrever meios utilizados para prevenção dos conflitos éticos em unidade de terapia intensiva neonatal. Assim, optamos por um estudo de abordagem qualitativa, o qual ocorreu em um hospital

<sup>1</sup> Graduanda de Enfermagem. Bolsista CNPQ do Projeto de Pesquisa "Conflitos e dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no contexto hospitalar" e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana – BA, Brasil, e-mail: irisristy22@gmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Projeto de pesquisa "Conflitos e dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no contexto hospitalar" e pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, - UEFS, Feira de Santana – BA, Brasil

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Vice-coordenadora do Projeto de Pesquisa "Conflitos e dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no contexto hospitalar" e pesquisadora do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, - UEFS, Feira de Santana – BA, Brasil

<sup>4</sup> Graduanda de Enfermagem. Bolsista CNPQ do Projeto de Pesquisa "Conflitos e dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no contexto hospitalar" e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana – BA, Brasil

<sup>5</sup> Graduanda de Enfermagem. Bolsista CNPQ do Projeto de Pesquisa "Conflitos e dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no contexto hospitalar" e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana – BA, Brasil

<sup>6</sup> Graduanda de Enfermagem. Bolsista FAPESB do Projeto de Pesquisa "Conflitos e dilemas éticos vividos pela equipe de saúde no contexto hospitalar" e membro do Núcleo Interdisciplinar de Estudos e Pesquisa em Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana – UEFS, Feira de Santana – BA, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

especializado municipal, em Feira de Santana – BA. Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, parecer 2.277.332. A coleta de dados foi realizada em abril de 2021, com cinco enfermeiros intensivistas neonatais por meio de entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Encontradas quatro categorias empíricas: Conflitos éticos são percebidos nas relações – desrespeito às opiniões pessoais dos enfermeiros, comportamento que fere os deveres ou impossibilita que os direitos da equipe sejam alcançados; Vivências de conflitos na comunicação entre paciente/equipe de saúde – diante da repetição de erros que não podem acontecer na unidade de terapia intensiva neonatal e frente ao descaso de profissionais da equipe ao passar o boletim do recém-nascido para a família, sendo necessário que os enfermeiros intermediem a relação médico-paciente; Enfrentamento de conflitos éticos na unidade de terapia intensiva neonatal – os enfermeiros enfrentam os conflitos intermediando a situação por meio do diálogo e ouvindo/aconselhando o profissional; Prevenção de conflitos éticos na unidade de terapia intensiva neonatal - por meio do diálogo buscando promover o bem-estar do paciente e da equipe. Desse modo foi possível concluir que, os conflitos éticos emergem a partir das relações interpessoais, logo para enfrentar as situações conflituosas os enfermeiros utilizam os protocolos, sugerem ações e intermedeiam por meio do diálogo, no que tange a prevenção dos conflitos éticos o estudo apontou que os profissionais de enfermagem sentem dificuldade em preveni-los, já que estes não emergem apenas da equipe de enfermagem. Assim, foi possível constatar que os enfermeiros da unidade de terapia intensiva neonatal vivenciam conflitos éticos em sua prática, dessa maneira faz-se necessária a observância dos preceitos éticos e legais da enfermagem.

**Palavras-chave:** Ética; Enfermeiros; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Diálogo; Equipe de Assistência ao Paciente.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A ética é fundamental para o ser humano, pois orienta sobre o seu comportamento na sociedade, no que diz respeito ao que é certo e errado. No campo da saúde, visa orientar as condutas profissionais a fim de potencializar a qualidade da assistência, assim é preciso associar competência técnico-científica a uma competência humana e ética (CUNHA *et al*, 2016).

A atuação do enfermeiro no cuidado às pessoas enfermas, que estão vulneráveis e muitas vezes em risco iminente de morte não é necessário apenas ter conhecimento científico, técnico





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

e biológico, mas também conhecer os valores humanos, especialmente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A UTIN é um ambiente hospitalar especializada destinado a pacientes com idade entre 0 (zero) e 28 (vinte e oito) dias de vida, em estado grave ou com risco de morte, que necessitam de assistência contínua e especializada à saúde (BRASIL, 2012b). Logo, de acordo com a RDC, nº 7 de 2010, a UTIN deve dispor de materiais e equipamentos compatíveis com a faixa etária e biotipo dos recém-nascidos (RN), além de 01 (um) enfermeiro para cada 08 (leitos) ou fração em cada turno (BRASIL, 2010).

Inicialmente a UTIN surgiu focada em dar continuidade às ações realizadas no centro-obstétrico e gradualmente ocorreram mudanças na atenção ao neonato, logo a preocupação deixou de ser centrada apenas em aspectos biológicos e passou a focar em uma sobrevida de qualidade e nos aspectos sociais que englobam o bebê e a mãe (COSTA; PADILHA, 2011).

Nesse contexto, a UTIN se caracteriza como um ambiente complexo que presta cuidado mutuamente coletivo – por envolver os responsáveis pelo neonato na tomada de decisão, com alta tensão profissional, uma vez que é o local no qual o enfermeiro presta assistência direta ao RN, em estado crítico de saúde, onde deve aliar tecnologias de ponta e conhecimento científico à uma prática sensível, humanizada e individualizada (MENDONÇA; PREDESCHI; BARRETO, 2019; KLOCH *et al*, 2019).

Somado a isso, o enfermeiro intensivista está exposto a possibilidades de estresse, devido a rotina intensa de assistência prestada, vez que favorece a vivenciarem conflitos éticos que emergem em suas práticas e – consequentemente – ocorre a redução da qualidade da assistência, segurança da pessoa adoecida e o aumento das taxas de mortalidade neonatal (SOUZA *et al*, 2018). Dessa forma, por ser um ambiente altamente tecnológico, incerteza quanto ao prognóstico do neonato, ser testemunha do sofrimento da família e da criança, bem como a alta demanda de procedimentos invasivos propiciam pressões psicológicas nos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

enfermeiros (SANTOS; GARROS; CARNEVALE, 2018), o que frequentemente pode acarretar em conflitos éticos na prática em UTIN.

Os conflitos éticos se caracterizam como quebra na ordem causada por falta de entendimento, onde as pessoas não chegam ao consenso por existir divergência entre os seus valores e o de um colega ou da própria instituição e por – na maioria das vezes – não se sentirem capacitados para tomar decisão eficaz, resolvem-na intuitivamente (NEVES, 2016).

Nesse contexto, a ética se torna extremamente importante, já que no âmbito da assistência, visa nortear as ações de modo que a profissão seja exercida com respeito aos valores e direitos humanos, seja em situação de promoção, prevenção ou recuperação da saúde (BARBOSA *et al*, 2017). Logo, é uma ferramenta essencial na prevenção dos conflitos éticos.

A ampla utilização das tecnologias na prática de enfermagem na UTIN, pode ser um dos motivos para frequentes conflitos no ambiente laboral. A cultura científico-tecnológica é de grande valia para recuperação e promoção da saúde, porém devido a disponibilidade limitada da mesma, não ocorre distribuição equitativa para todos os pacientes, assim o enfermeiro se deparar com tal situação, fica angustiado e vulnerável a sofrer/gerar conflitos éticos (ESCOBAR-CASTELLANOS; CID-HENRÍQUEZ, 2018).

Ademais, percebe-se que existe déficit na formação e capacitação dos enfermeiros em relação a competência ética. O conhecimento ético transmitido na graduação se limita a teoria, contudo os conflitos éticos se dão na prática, através dos relacionamentos interpessoais, desse modo, os enfermeiros intensivista não possuem ampla capacidade para solucionar os conflitos por não terem sido preparados corretamente para lidar com essas situações (CASTILLO-PARRA *et al*, 2020).

Diante do que foi exposto, enfermeiros que atuam na UTIN podem estar mais vulneráveis a sofrerem conflitos éticos. Portanto, o conhecimento técnico-científico deve estar aliado ao discernimento ético, já que em UTIN qualquer conduta incorreta pode acarretar consequências indesejadas para toda vida (PESSINI, 2016).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Frente ao supracitado, perceber corretamente os conflitos éticos é essencial para gestão em saúde, já que é uma situação recorrente no ambiente laboral do enfermeiro. Ele atua como gestor da assistência, ao passo que ele interage com profissionais de saúde e media situações conflituosas, por isso, deve planejar a resolução de problemas, garantir relação harmoniosa entre a equipe transdisciplinar e atendimento de qualidade para o paciente (SANTOS, D. *et al*, 2020).

Diante do exposto emergiu a questão de investigação: Como os enfermeiros que atuam na UTIN percebem os conflitos éticos?

Esta pesquisa tem como objetivo geral conhecer a percepção dos enfermeiros sobre os conflitos éticos vivenciados na UTIN e como objetivos específicos identificar como os enfermeiros enfrentam os conflitos éticos vivenciados na UTIN e descrever meios utilizados pelos enfermeiros para prevenção de conflitos éticos vivenciados no cuidado na UTIN.

Consideramos este estudo relevante por possibilitar conhecer os conflitos éticos vividos pelos enfermeiros na UTIN e viabilizar estratégias de enfrentamento, bem como divulgar essa pesquisa para estudantes de enfermagem e demais profissionais da área de saúde, a fim de que identifiquem os conflitos éticos e possam enfrentar e tomar decisões sem interferir no cuidado prestado aos RNs adoecidos e seus familiares.

## **Métodos**

Este estudo está inserido no projeto de pesquisa intitulado "Conflitos e dilemas éticos vividos no cuidado da equipe de saúde no contexto hospitalar", Resolução do Conselho Superior de Ensino, Pesquisa e Extensão (CONSEPE), da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), nº 016/2017.

Optamos por realizar pesquisa qualitativa descritiva, pois permite avaliar as ações de determinado fenômeno a partir da perspectiva da realidade das pessoas estudadas, que para



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Câmara (2013) garante amplo conjunto de significados que leva o pesquisador a grandes oportunidades de averiguar e apreender fatores relacionados a sua experiência.

O estudo foi realizado com cinco (05) enfermeiros que atuam em UTIN, de hospital especializado municipal, no município de Feira de Santana – BA, os quais deveriam estar em atividade laboral há mais de 3 meses, e que não estivessem de férias e licença de saúde durante a coleta de dados, que aconteceu no mês de abril de 2021.

Importante ressaltar que na pesquisa qualitativa o número de participantes não interfere nos resultados. Assim, optamos por 05 enfermeiros. Nesse sentido, Fontanella, Ricas e Turato (2008, p. 17) salientam que “[...] as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados”.

A confidencialidade e o anonimato foram assegurados mediante uso da sigla ENF (Enfermeiro) e número conforme a ordem em que aconteceu as entrevistas.

O acesso aos enfermeiros ocorreu mediante a autorização da instituição e permissão prévia da coordenadora da UTIN, a qual permitiu acesso aos entrevistados. Posterior ao conhecimento das informações fornecidas pelas pesquisadoras, leitura e compreensão das informações contidas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), este foi assinado para a realização da entrevista visando cumprir a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012a). Vale ressaltar que foi garantida a liberdade dos participantes e declaração de interesse em participar do estudo.

Aconteceu um estudo-piloto aplicado a duas enfermeiras, uma de intuição privada e a outra de instituição pública, em Feira de Santana-BA, com objetivo de adequar a entrevista, bem como ajustar as falhas e eliminar as respostas pré-elaboradas. Salientamos que as enfermeiras do estudo-piloto não foram participantes da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada a qual foi realizada individualmente, em horários e local sugerido pelos próprios participantes. Na





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

primeira parte da entrevista foram coletados dados para a caracterização dos participantes, como: sexo; titulação; tempo de formação; tempo de atuação na UTIN e carga horária de trabalho (semanal). A segunda etapa é composta por uma questão de aproximação: Como percebe os conflitos éticos? E três norteadoras: Fale-me de conflitos éticos vivenciados em sua prática na UTIN; Como você enfrenta os conflitos em sua prática na UTIN? Relate-me como previne os conflitos éticos em sua prática na UTIN.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para análise das entrevistas foi utilizado o método de Análise de Conteúdo proposto por Bardin (2016).

A análise de conteúdo de Bardin (2016) visa averiguar as características que estão submersas nos relatos extraídos dos participantes. Essa estratégia é dividida em três etapas as quais foram realizadas da maneira a seguir: pré-análise – composta genuinamente pela organização, correspondeu a leitura flutuante vertical e horizontal, retomada da formulação de hipóteses e indicadores que conduziram esquema preciso a qual acarretou em plano de análise; exploração do material – fase de análise, nessa foi realizada a classificação, categorização e codificação dos dados através da incansável leitura dos textos; tratamento dos resultados – inferências e interpretações foram realizadas com a finalidade de alcançar os objetivos previamente estabelecidos (CÂMARA, 2013; BARDIN, 2016)

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob parecer nº 2.277.332 em 15/09/2017. Os procedimentos adotados na pesquisa estão em conformidade com as orientações éticas previstas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a).

Os princípios da autonomia, beneficência, não maleficência e justiça dos participantes foram assegurados através da declaração de interesse em participar do estudo, após conhecimento das informações fornecidas pela pesquisadora, leitura e compreensão das informações constantes no TCLE, que foi assinado em duas vias, uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora, para a realização da entrevista.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Resultados e discussão

Neste item são abordados os resultados e discussões do estudo, apresentando a caracterização dos participantes, bem como as categorias empíricas que emergiram a partir da análise das entrevistas.

## CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Foram entrevistados 05 (cinco) enfermeiros que atuam na UTIN, de hospital especializado municipal em município do interior da Bahia. Desses enfermeiros, 04 (quatro) são do sexo feminino e 01 (um) do sexo masculino, com idades entre 21 (vinte e um) e 38 (trinta e oito) anos. O tempo de atuação na UTIN está entre 03 meses e 11 (onze) anos. Com carga horária de trabalho entre 30 (trinta) a 36 (trinta e seis) horas semanais. Dos enfermeiros pesquisados, 02 (dois) possuem outros vínculos empregatício e 04 (quatro) possuem especialização em UTI neonatal.

## CONFLITOS ÉTICOS SÃO PERCEBIDOS NAS RELAÇÕES

Nesta categoria, os enfermeiros mostram perceber os conflitos éticos como situação em que ocorre o desrespeito dos direitos, deveres, aspectos éticos e/ou da individualidade do colega de trabalho.

**O conflito ético é quando denegrir nossos pontos mais pessoais, quando você acaba afetando, indo além do limite do outro [...] ferindo, magoando, indo além do que a gente deve ir como ser humano, como tratamento um com o outro [...]. (ENF 02) (grifo nosso)**  
**Quando há discordância e/ou ferimento dos conceitos éticos que guiam a assistência. Todo comportamento que ferir os deveres ou tirar os direitos da equipe. (ENF 04) (grifo nosso)**

ENF 02 e ENF 04, associam os conflitos éticos à situação em que ocorre a transgressão dos direitos e deveres de alguém, o que demonstra que eles possuem conhecimento limitado



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

acerca da percepção de conflitos. O conflito ético pode ser entendido como situação em que as pessoas não chegam a um consenso, devido a uma divergência de valores e/ou ideias o que resulta numa quebra da ordem e exige uma decisão ponderada de ambos os lados (OSUGUI *et al*, 2020; AMESTOY *et al*, 2014)

Reconhecer corretamente situações conflituosas é um passo importante para o seguimento da ética, à medida que será possível posicionamento adequado (OLIVEIRA; SANTA ROSA, 2016), frente aos conflitos vividos na prática intensivista, o enfermeiro que se apropria de tal conhecimento possibilita enfrentá-los e preveni-los sabiamente. Logo, acreditamos que a falta de conhecimento acerca de conflitos éticos pode dificultar a percepção e enfrentamento dos mesmos, que conseqüentemente, é um potencial prejuízo aos profissionais, pacientes e familiares envolvidos no cuidado, uma vez que pode existir uma violação dos aspectos éticos envolvidos na assistência e o cuidado prestado pode não ser eficaz.

Por ter **pouco tempo** nesta **unidade não presenciei conflitos** (ENF 03)  
(grifo nosso)

Dos enfermeiros entrevistados, ENF 03 foi divergente em relatar que não vivenciou conflito ético em sua prática, provavelmente por ter pouco conhecimento sobre ele, o que dificulta a sua percepção. Para Tomachewisk-Barlem *et al* (2020), o conhecimento e a capacidade de reconhecer problemas éticos se inicia na graduação, apesar de serem aprimorados quando o profissional possui um contato direto com a prática. Desse modo, a habilidade ética e a sensibilidade moral devem ser frequentemente aprimoradas após a graduação (BAYKARA; DEMIR; YAMAN, 2015), para que não ocorra a fragmentação do cuidado e prejuízo à vida do paciente.

Entendemos que apesar de ENF 03 possuir pouco tempo de atuação na unidade, deveria reconhecer situações conflituosas, o que desvela fragilidade no ensino das Instituições de Ensino Superior (IES). Nesse contexto, será de grande valia que enfermeiros que possuem maior tempo na unidade repassem o conhecimento apreendido com a experiência profissional



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

para os mais novos, de modo que possam auxiliar na adaptação e no desenvolvimento da sensibilidade ética.

## VIVÊNCIAS DE CONFLITOS NA COMUNICAÇÃO ENTRE PACIENTE/EQUIPE DE SAÚDE

Nesta categoria, os enfermeiros relatam vivenciar conflitos éticos com a equipe de enfermagem, equipe médica e familiares, sobretudo no que tange a qualidade da informação transmitida sobre o estado de saúde do paciente.

[...] o enfermeiro tem que **chamar a atenção dos técnicos por questões de erros** que não pode haver em uma UTIN, e muitas vezes, **o técnico não leva a sério e repete o erro... tendo que tomar uma atitude de levar para coordenação.** (ENF 05) (grifo nosso)

ENF 05 relata que quando a equipe repete um erro inadmissível em UTIN é necessário levar para conhecimento da Coordenação, a fim de evitar vivenciar conflito ético. De acordo com Oliveira e Santa Rosa (2016) os conflitos éticos são causados por erro ou falha devido a desorganização da equipe, o que pode acarretar no aumento da tensão entre os seus integrantes, a qual – consequentemente – dificulta a tomada de decisão assertiva que cabe ao profissional de enfermagem.

De acordo com o Art. 24, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE), é dever do trabalhador exercer a profissão com resolutividade, responsabilidade e competência (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017). Assim, acreditamos que quando a equipe de enfermagem possui conhecimento técnico-científico deficiente, aumentam as possibilidades de vivenciarem conflitos éticos, bem como prestar assistência de enfermagem precária e não priorizar a dignidade do paciente.

**A questão de conflito que eu vejo mais, é a questão médica com familiares [...] o boletim, como é passado, né? As vezes o descaso em passar pra essa família, e nós como enfermeiros, temos que ficar**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

intermediando essa relação médico-paciente, às vezes a falta de informação para esses pais [...]. (ENF 02) (grifo nosso)

Apesar de ENF 02 desvelar que está intermediando a relação médico-paciente, o Art. 39, do CEPE, preceitua que é dever do enfermeiro “Esclarecer à pessoa, família e coletividade, a respeito dos direitos, riscos, benefícios e intercorrências acerca da assistência de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017, p. 70).

Para além disso, manter uma comunicação recíproca, onde há compreensão dos dois lados, e estabelecer um relacionamento de qualidade com os familiares auxilia na resolutividade dos problemas de saúde, vez que será garantida a dignidade ética do cuidado e diminuição do sofrimento, tanto familiar quanto neonatal (SILVA JÚNIOR *et al*, 2020)

Quando a equipe de enfermagem entende que é sua atribuição acolher a família, transmitindo informações acerca do estado de saúde do paciente, escutando seus medos, anseios e preocupações de forma ativa (FIALHO *et al*, 2016), fornecerá uma assistência baseada na ética, dará apoio familiar, bem como diminuirá os conflitos éticos no ambiente laboral.

## ENFRENTAMENTO DE CONFLITOS ÉTICOS NA UTIN

Nesta categoria os enfermeiros relatam enfrentar os conflitos éticos utilizando, principalmente, protocolos, o diálogo com a equipe de enfermagem e sugerindo/registrando propostas para melhorar a assistência.

[...] **não é uma tarefa fácil**, mas **tento me respaldar de acordo aos protocolos da unidade [...], registrar minhas ações sugeridas** que poderiam ter a possibilidade de ser adotadas (ENF 01) (grifo nosso)

ENF 01, revela que enfrentar os conflitos éticos não é uma tarefa fácil, mas que tenta se respaldar nos protocolos da unidade e registrar as ações que podem ser adotadas. Enfrentar os conflitos não é algo simples, visto que é necessário considerar a subjetividade das pessoas envolvidas para solucioná-los, entretanto ao se formar o enfermeiro já deve possuir uma



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

sensibilidade ética (OSUGUI *et al*, 2020), visto que ele irá conviver com situações que podem emergir conflitos éticos em sua prática, entretanto se não tem o conhecimento necessário pode comprometer o cuidado, bem como desrespeitar o CEPE e resoluções impostas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Nesse contexto, é dever do profissional de enfermagem “Conhecer, cumprir e fazer cumprir o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e demais normativos do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2017).

**Intermediando com diálogo a princípio, caso não solucione, é acionada a gestão para intervenção.** (ENF 04) (grifo nosso)

ENF 04 relata enfrentar os conflitos, por meio do diálogo, mas caso essa abordagem não funcione, solicita a intervenção da gestão. Uma das principais estratégias para o enfrentamento de conflito ético é a comunicação (AMESTOY *et al*, 2014), já que por meio dela é possível chegar a um consenso e tomar uma decisão ponderada.

Os conflitos podem ser solucionados individualmente ou juntamente a equipe com reflexão dos pontos positivos e negativos, por meio de escuta acolhedora em busca de mudanças que resolvam as ocorrências conflituosas a longo prazo, caso seja necessário o profissional pode ser acompanhado pelo serviço de psicologia hospitalar (SILVA *et al*, 2021)

## PREVENÇÃO DE CONFLITOS ÉTICOS EM UTIN

Nesta categoria os enfermeiros relatam não ter condições de prevenir os conflitos, mas ficam respaldados em protocolos, mantendo a ética e bom relacionamento.

**A equipe de enfermagem não tem como prevenir porque é uma ação médica** (boletim médico), a gente **tenta mediar** da melhor forma, mas **prevenir independe** muito da equipe de enfermagem porque é algo que **é uma ação médica, não é uma ação de enfermagem**. A ação de enfermagem nós fazemos diariamente [...]. (ENF 02) (grifo nosso)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

ENF 02 relata que a equipe de enfermagem não tem como prevenir o conflito, pois existe o descaso como o boletim médico é transmitido, por ser ação médica, independe da equipe de enfermagem, logo não tem como prevenir, apenas mediar. Para Santos, J. *et al* (2016), no ambiente de trabalho, o profissional de enfermagem ocupa lugar central, visto que se relaciona e interage com todos os demais profissionais e, desse modo, assume o papel de gestor do serviço de saúde. Espera-se que o enfermeiro tenha a capacidade de promover trabalho em equipe (SANTOS, J. *et al*, 2016), de forma satisfatória, que favoreça a transdisciplinaridade.

Acreditamos que apesar de ser uma ação médica, o enfermeiro pode atuar na prevenção, dialogando com a equipe, sinalizando que os objetivos do boletim não estão sendo alcançados, vez que a família permanece com dúvidas, por isso, essa ação precisa ser melhorada. Assim, os familiares se sentiriam acolhidos e os conflitos éticos seriam prevenidos e solucionados.

[...] **utilizando evidências científicas** e se **respaldando nos protocolos** da unidade, mostrando um **bom relacionamento com a equipe** e **mantendo a ética**. (ENF 03) (grifo nosso)

O ENF 03 refere prevenir os conflitos éticos por meio das evidências científicas, protocolos da unidade, bom relacionamento com a equipe de trabalho e a ética.

O cuidado prestado em uma UTIN é desempenhado por equipes que atuam em conjunto. Em vista disso, deve existir além da integração de conhecimentos técnicos-científicos, contribuição e diálogo eficaz para que exista a qualidade da assistência (GOULART *et al*, 2016). Nesse sentido, Pereira, Siquiera-Batista e Schramm (2021) salientam que para chegar-se ao consenso sobre a decisão apropriada, não basta aplicar teorias éticas, faz-se necessária abordagem prática – e não dogmática – que analise as situações, construindo justificativas racionais para solução dos conflitos.

Entendemos que essa seja a forma adequada de atuar prevenindo os conflitos éticos, já que quando o enfermeiro se apropria do conhecimento, conhece o CEPE, normas, protocolos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

consegue perceber os conflitos éticos que emergem, enfrentá-lo corretamente, bem como manter boa relação com a equipe de saúde, ter postura de liderança, a fim de facilitar a comunicação e promover a prevenção dos conflitos éticos.

## Considerações finais

Os achados mostram que os conflitos éticos ocorrem na relação interpessoal, a partir da falta de respeito com o colega de trabalho; diante a discordância de ações; desrespeito aos preceitos éticos e a autonomia do enfermeiro; descaso de profissionais ao transmitir o boletim do RN para os familiares.

Os enfermeiros enfrentam os conflitos éticos na UTIN utilizando protocolos, sugerindo ações; intermediando as situações com diálogo, caso não seja solucionado encaminham para a administração superior.

Quanto à prevenção de conflitos éticos, o estudo apontou que os enfermeiros sentem dificuldade, vez que estes não emergem da equipe de enfermagem e sim da equipe médica, mas tentam mediar da melhor forma possível.

Conclui-se que os enfermeiros vivenciam conflitos éticos na prática em UTIN. Dessa forma, faz-se necessárias a observância dos preceitos éticos e legais da Enfermagem, a fim orientá-los nas ações para o enfrentamento e a prevenção de conflitos éticos no ambiente laboral.

## Referências

AMESTOY, Simone Coelho *et al.* Gerenciamento de conflitos: desafios vivenciados pelos enfermeiros-líderes no ambiente hospitalar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, p. 79-85, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/HFFL8vvnv7ZqwtHzmxQn4xcC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 jun. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BARBOSA, Mayara Lima *et al.* Conhecimento de profissionais de enfermagem sobre o código de ética que rege a profissão. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 31, n. 4, 2017. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/21978>. Acesso em: 14 mar. 2020.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2016.

BAYKARA, Z.G.; DEMIR, S.G.; YAMAN, S. The effect of ethics training on students recognizing ethical violations and developing moral sensitivity. *Nurs Ethics*. 2015; 22(6):661-75. Disponível em: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.894.6000&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 03 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA N° 930, de 10 de maio de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 mai. 2012. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930\\_10\\_05\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html). Acesso em: 16 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS 466/12. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética e Pesquisa com Seres Humanos**. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO N° 7 de 24, de fevereiro de 2010**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 16 dez. 2020.

CÂMARA, R. H. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais: Revista Interinstitucional de psicologia**. Brasília, v. 6, n. 2, p. 179 – 191, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>. Acesso em 20 mar. 2020.

CASTILLO-PARRA, Silvana *et al.* Necesidades de docentes y estudiantes para humanizar la formación de enfermería. **Ciencia y enfermería**, v. 26, p. 1 - 13, 2020. Disponível em: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-2.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 564/2017**.

COSTA, Roberta; PADILHA, Maria Itayra. A unidade de terapia intensiva neonatal possibilitando novas práticas no cuidado ao recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

v. 32, n. 2, p. 248-255, 2011. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a06v32n2.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2020.

CUNHA, Madalena *et al.* Validação do questionário de mapeamento do conhecimento ético em estudantes de enfermagem. **Servir**, v. 59, n. 2, p. 31-39, 2016. Disponível em:  
<https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3632/1/Valida%20do%20Que%20stion%20de%20Mapeamento%20do%20Conhecimento%20%20c3%89tico%20em%20Estudantes%20de%20Enfermagem.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2020.

ESCOBAR-CASTELLANOS, Blanca; CID-HENRÍQUEZ, Patricia. El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. **Acta bioethica**, v. 24, n. 1, p. 39 - 46, 2018. Disponível em:  
<https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/51314/35195>. Acesso em: 08 jul. 2021.

FIALHO, Flávia Andrade. *et al.* Humanização permeando o cuidado de enfermagem neonatal. **Revista de Enfermagem**, v. 10, n. 7, p. 2412 - 9, 2016. Disponível em:  
[https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista\\_enfermagem/article/view/11297/12960](https://periodicos.ufpe.br/revistas/revista_enfermagem/article/view/11297/12960). Acesso em: 02 jul. 2021.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

GOULART, Bethania Ferreira *et al.* Trabalho em equipe em unidade coronariana: facilidades e dificuldades. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 50, p. 0482-0489, 2016. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/reeusp/a/WxhB9hx6YBy8wX9NkWjH8MF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 30 jun. 2021.

KLOCK, Patricia *et al.* Melhores práticas na gerência do cuidado de enfermagem neonatal. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, p. 1 - 14, 2019. Disponível em  
[http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt\\_1980-265X-tce-28-e20170157.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v28/pt_1980-265X-tce-28-e20170157.pdf). Acesso em: 14 mar. 2020.

MENDONÇA, Luanna Celeste Alves Monteiro; PEDRESCHI, Josiane de Paula; BARRETO, Carla Alessandra. Cuidados de enfermagem em UTI neonatal. **Revista Saúde em Foco**, n. 11, p. 551 - 559. Disponível em: <http://portal.unisepe.com.br/unifia/wp->





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

content/uploads/sites/10001/2019/05/049\_CUIDADOS-DE-ENFERMAGEM-EM-UTI-NEONATAL.docx.pdf. Acesso em: 14 mar. 2020.

NEVES, Franciele Budziareck. **Conflitos éticos dos enfermeiros em oncologia: técnica do incidente crítico**. 2016. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2016. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/pgenfermagem/files/2017/03/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Franciele-Budziareck-das-Neves.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes; SANTA ROSA, Darci Oliveira. Conflitos e dilemas éticos: vivências de enfermeiras no centro cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 344-355, 2016.

OSUGUI, Denise Maria *et al.* Negociação de conflitos como competência do enfermeiro. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/pdf/rbaen/v34/0102-5430-rbaen-34-e36035.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

PEREIRA, Fabiana Pires; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; SCHRAMM, Fermin, Roland. Internação em terapia intensiva: aspectos éticos da tomada de decisão. **Revista Bioética**, v 29, n 1, Jan-Mar 2021.

PESSINI, Leo. Vida e morte na UTI: a ética no fio da navalha. **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n1/1983-8034-bioet-24-1-0054.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2020.

SANTOS, Danilo José *et al.* A competência relacional de enfermeiros em unidades de centros cirúrgicos. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, p. 51314, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuernj/article/view/51314/35195>. Acesso em: 08 jul. 2021.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/ZxVZ8k73pX6yyPJJzRYsbsH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 29 jun. 2021.

SANTOS, Raissa Passos dos; GARROS, Daniel; CARNEVALE, Franco. As difíceis decisões na prática pediátrica e sofrimento moral em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira**





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

de **Terapia Intensiva**, v. 30, n. 2, p. 226-232, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v30n2/0103-507X-rbti-30-02-0226.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

SILVA JUNIOR, José Nildo de Barros *et al.* Comportamentos dos profissionais de enfermagem na efetivação da humanização hospitalar. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, p. 476-483, 2020. Disponível em: [http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8527/pdf\\_1](http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8527/pdf_1). Acesso em: 02 jul. 2021.

SILVA, Ana Gracinda Ignacio da *et al.* Boas práticas de liderança do enfermeiro no contexto hospitalar. **Nursing (São Paulo)**, v. 24, n. 276, p. 5726-5735, 2021. Disponível em: <http://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/revistanursing/article/view/1253/174>. Acesso em: 03 jul. 2021.

SOUZA, Verusca Soares de *et al.* Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. **Revista cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2177-86, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v9n2/2346-3414-cuid-9-2-2177.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2020.

TOMASCHEWISK-BARLEM, Jamila Geri *et al.* Estratégias para o desenvolvimento da sensibilidade moral: perspectiva dos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/ean/v24n3/1414-8145-ean-24-3-e20190311.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## O CUSTO DO TRATAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO INICIAL E AVANÇADO E O RASTREIO PARA O SUS: UMA ANÁLISE COMPARATIVA

Zhandra Gramigna Giampietro<sup>1</sup>  
Clara Sestelo do Bomfim<sup>2</sup>  
Luiz Felipe Façanha Ramos<sup>3</sup>  
Luane Magalhães Pinheiro<sup>4</sup>  
Amanda Alves Fecury<sup>5</sup>

**Resumo:** No Brasil, o câncer do colo do útero é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres, porém o mais incidente na região Norte e no Estado do Amapá. A realização da colpocitologia oncótica cervical (PCCU) no Amapá é abaixo da média nacional, causando um atraso no diagnóstico, visto que essa neoplasia só apresenta sintomas nos estágios mais avançados, o que influencia diretamente no estadiamento e no tipo de tratamento. O objetivo desse trabalho foi analisar e comparar quantitativamente a relação entre o custo do PCCU e os custos dos diferentes tipos de tratamento para câncer cervical pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um estudo quantitativo, realizado através de informações financeiras colhidas da Tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS), considerando o custo do exame citopatológico do colo uterino e o custo do tratamento do câncer de colo uterino (CCU) nos estágios inicial (IA1) e avançado (III e IVA). Observou-se que o custo de um exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU) é de R\$14,37 para o SUS, referente à análise laboratorial (coleta sem custo). O custo do tratamento de estágios iniciais é de R\$1870,46, incluindo a Amputação Cônica de Colo de Útero (R\$1808,69) e a análise anatomopatológica da peça cirúrgica (R\$61,77). Já o custo do tratamento em estágios mais avançados inclui procedimentos cirúrgicos mais complexos, como a Traquelectomia radical (R\$5403,43), para mulheres que desejam e podem engravidar. Pacientes que não desejam manter a fertilidade, ou em estágios ainda mais avançados, são direcionadas a outros tipos de ressecção, como a Histerectomia total ampliada (R\$5403,43) e a Histerectomia com ressecção de órgãos contíguos (R\$5262,02). Existe também a possibilidade de tratamento com a Braquiterapia (R\$4150,00), a qual pode ser conjugada com a Quimioterapia (R\$1300,00) e/ou ser adjuvante das modalidades cirúrgicas, a depender do estadiamento. Não foram encontrados dados acerca dos custos da Radioterapia externa. No Amapá, no entanto, ainda não há disponibilidade de acesso a qualquer Radioterapia, fazendo com que o SUS tenha que custear, também, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para as

<sup>1</sup>Acadêmica de Medicina, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Brasil

<sup>2</sup>Acadêmica de Medicina, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Brasil

<sup>3</sup>Acadêmico de Medicina, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Brasil

<sup>4</sup>Acadêmica de Medicina, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Brasil

<sup>5</sup>Doutora, Universidade Federal do Amapá, Macapá, Brasil, amanda@unifap.br



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

pacientes residentes no Estado que necessitam dessa terapia. A partir dos dados obtidos, percebe-se a importância do estímulo a estratégias de rastreamento e prevenção do CCU, pois os custos gerados por mulheres submetidas ao rastreamento, com descoberta precoce e tratamento nos estágios iniciais desse câncer são menores que os custos com o público não rastreado com neoplasia em estágios mais avançados. Ainda, inferiormente à média brasileira da quantidade desses exames, o Amapá dá margem para aumento dos custos com TFD para pacientes, a depender do estadiamento, que precisam de radioterapia. Dessa forma, valoriza-se o PCCU como aporte à relação de dispêndio do rastreamento-tratamento para o SUS, além de que a detecção dos casos mais precocemente, evita, assim, uma piora no prognóstico das mulheres acometidas, que, por vezes, podem ser alvos de questões relacionadas a aspectos biopsicossociais, visto que muitas são chefes de família e isso gera de inassiduidade até o desemprego por doença.

**Palavras-chave:** Neoplasias; Neoplasias do Colo do Útero; Sistema Único de Saúde; Custos de Cuidados de Saúde; Programas de Rastreamento.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

O câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é causado por uma infecção persistente de certos tipos de Papilomavírus Humano (HPV). As infecções genitais causadas por este vírus são muito comuns e geralmente não causam doenças. Em alguns casos, ocorrem alterações celulares que podem evoluir para câncer. Essas alterações causadas são de fácil detecção em testes preventivos e podem ser curadas em quase todos os casos (INCA, 2021a).

O tipo dessa neoplasia mais comum é o carcinoma de células escamosas (75%), seguido por adenocarcinoma e carcinoma adenoescamoso misto (20%) e, por fim, carcinoma neuroendócrino de pequenas células (menos de 5%) (KUMAR, ABBAS, ASTER, 2013).

No Brasil, foram esperados 16.710 novos casos em 2020, com risco estimado de 15,38 casos por 100.000 mulheres. Com exceção dos tumores de pele não melanoma, é a quarta maior incidência de câncer entre as mulheres no país. Entretanto, é o mais incidente na região Norte e no Estado do Amapá (INCA, 2019).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

No tocante à prevenção e detecção precoce, o exame citopatológico ou Papanicolau é uma ferramenta de triagem altamente eficaz para a detecção de displasia e carcinoma do colo do útero, e reduz significativamente a incidência de carcinoma cervical. O exame deve ser fornecido a mulheres de 25 a 64 anos que já tenham tido atividade sexual. É o principal método de detecção precoce do câncer do colo do útero, pois identifica lesões precursoras que podem ser detectadas e tratadas corretamente, evitando que se transformem em câncer. Portanto, as inspeções preventivas regulares são extremamente importantes (INCA, 2021<sup>a</sup>; KUMAR, ABBAS, ASTER, 2013).

Esse exame é indolor, simples e rápido. Pode, no máximo, causar um pequeno desconforto. Para assegurar um resultado correto, a mulher, de preferência, não deve ter relações sexuais (mesmo com camisinha) no dia anterior ao exame preventivo. Evitar, também, o uso de duchas, medicamentos vaginais e anticoncepcionais locais cerca de 48 horas antes à realização do exame. É importante também que não esteja no período menstrual, pois a presença de sangue pode modificar o resultado. Mulheres grávidas também podem realizar o exame, sem prejuízo ao bebê (INCA, 2021b).

A regularidade recomendada para o exame de rastreio no Brasil é de três anos, após dois exames normais consecutivos realizados com um intervalo de um ano. Essa recomendação se justifica devido à ausência de evidências de que o rastreamento anual seja significativamente mais efetivo do que se realizado em intervalo de três anos. Uma vez que a doença possui uma evolução lenta, o intervalo de três anos garantiria encontrar a lesão precursora e iniciar o tratamento (INCA, 2021a).

O câncer cervical invasivo é mais frequente em mulheres que nunca fizeram o teste de Papanicolau ou que não faziam o teste há vários anos. Em alguns casos, isso pode estar relacionado a questões de âmbito individual, como medo e vergonha - difíceis de serem resolvidos, mas que também se associam a questões relativas à gestão pública e/ou aos profissionais de saúde, se configurando como desafios postos a esta gestão. Nesses casos, o





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

câncer cervical, em geral, é sintomático e as pacientes procuram ajuda médica devido a sangramento vaginal acidental, corrimento vaginal, dispareunia ou dificuldade para urinar (KUMAR, ABBAS, ASTER, 2013; LOPES, RIBEIRO, 2019).

O controle desse câncer no setor público condiz com ações de gestão e dos profissionais de saúde, organizadas segundo os níveis hierárquicos do Sistema único de Saúde (SUS), compondo uma atenção à saúde na perspectiva de integralidade. Dessa forma, o controle dessa neoplasia é norteado por uma linha de cuidado que sinaliza o fluxo assistencial e os correspondentes protocolos e diretrizes clínicas diante aos graus de evolução da enfermidade (LOPES, RIBEIRO, 2019).

A realização da colpocitologia oncótica cervical (PCCU) no Amapá é abaixo da média nacional, causando um atraso no diagnóstico, visto que essa neoplasia só apresenta sintomas nos estágios mais avançados, o que influencia diretamente no estadiamento e no tipo de tratamento. Quanto mais avançado estiver o câncer, mais complexo, mais caro e mais invasivo será o tratamento, aumentando os custos da União e, também, o desgaste psicossocial que envolve o processo saúde-doença.

Para o controle do câncer do colo do útero, a melhoria do acesso aos serviços de saúde e à informação são questões fundamentais. Isso demanda mudanças nos serviços de saúde, com ampliação da cobertura e mudanças dos processos de trabalho e, também, articulação intersetorial, com poderes do setor público e sociedade civil organizada. O amplo acesso da população a informações claras, consistentes e culturalmente apropriadas a cada região deve ser uma iniciativa dos serviços de saúde em todos os níveis do atendimento (BRASIL, 2013).

O objetivo desse trabalho foi analisar e comparar quantitativamente a relação entre o custo do PCCU e os custos dos diferentes tipos de tratamento para câncer cervical pelo Sistema Único de Saúde (SUS), correlacionando planejamento, política e gestão em saúde.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Método

Pesquisa descritiva e quantitativa, realizada através de informações financeiras colhidas da Tabela SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS). Para o estudo, foi considerado e analisado o custo do exame citopatológico do colo uterino e o custo do tratamento do câncer de colo uterino (CCU) nos estágios inicial (IA1) e avançado (III e IVA). Em relação ao tratamento, no que diz respeito ao primeiro, são dois procedimentos a serem incluídos – amputação cônica de colo de útero e análise anatomopatológica da peça cirúrgica. Já para os casos avançados, foram levantados os dados de 5, das 6 possibilidades: traquelectomia radical, histerectomia total ampliada, histerectomia com ressecção de órgãos contíguos, braquiterapia e quimioterapia – tratando-se do sexto, que seria a radioterapia externa, não foram encontrados dados.

Por se tratar de uma pesquisa utilizando dados secundários de domínio público, não há obrigatoriedade do uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando de acordo com a Resolução 466/2012.

## Resultados

A partir das informações contidas na Tabela SIGTAP, pode-se observar que o custo de um exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU) é de R\$ 14,37 para o SUS, sendo esse valor referente somente à análise laboratorial, visto que o procedimento da coleta do material do colo uterino não apresenta custo nenhum para o sistema.

Tratando-se do tratamento do CCU nos estágios iniciais, que seriam aqueles casos de doença restrita à cérvix, a modalidade de tratamento idealizada é a amputação cônica de colo de útero, com posterior análise anatomopatológica da peça cirúrgica retirada, ambas tendo seus custos representados na Tabela 1.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Tabela 1: Custos do tratamento do câncer de colo de útero em estágios iniciais

Amputação cônica de colo de útero	R\$ 1808,69
Análise anatomopatológica da peça cirúrgica	R\$ 61,77

Fonte: Tabela SIGTAP

Já quando se trata da doença em estágios mais avançados, com presença do câncer além do útero, o estadiamento irá contemplar diversas categorias de acordo com as associações médicas que abordam o assunto, o que também irá possibilitar com que haja diferentes modalidades de tratamento. Entre elas, estão incluídos procedimentos cirúrgicos mais complexos. Para mulheres que desejam manter a possibilidade de engravidar, a opção seria a traquelectomia radical. Para pacientes que não desejam manter a fertilidade, ou em estágios ainda mais avançados, são direcionadas a outros tipos de ressecção, que inclui a histerectomia total ampliada e a histerectomia com ressecção de órgãos contíguos. Além dessas modalidades de tratamentos cirúrgicos, existe também a possibilidade de terapêutica sistêmica, como a quimioterapia, a qual pode ser conjugada com a braquiterapia – tratamento local não cirúrgico -, e/ou ser adjuvante das modalidades cirúrgicas, a depender do estadiamento. Os custos de todos esses procedimentos citados estão expostos na Tabela 2. Cabe ressaltar ainda que existe também a possibilidade de terapia com utilização da radioterapia externa, no entanto, não foram encontrados dados acerca dos custos dela para o SUS.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Tabela 2: Custos do tratamento do câncer de colo de útero em estágios avançados

Traquelectomia radical	R\$ 5403,43
Histerectomia total ampliada	R\$ 5403,43
Histerectomia com ressecção de órgãos contíguos	R\$ 5262,02
Braquiterapia	R\$ 4150,00
Quimioterapia	R\$ 1300,00

Fonte: Tabela SIGTAP

Contudo, no Amapá ainda não há disponibilidade de acesso a qualquer radioterapia, fazendo com que o SUS tenha que custear, também, o Tratamento Fora de Domicílio (TFD), que é um instrumento legal que visa garantir através do sistema público o tratamento para pacientes que possuam doenças que não podem ser tratadas no município de residência. Com isso, trata-se de uma ajuda de custo que muitas vezes envolve também um acompanhante, e os custos totais irão depender do local de destino e o tempo de permanência (INSTITUTO ONCOGUIA, 2020).

## Discussão

A partir dos dados coletados na Tabela SIGTAP, pode-se observar que os recursos gastos pelo sistema de saúde para fazer a prevenção do CCU são consideravelmente menores que os custos de tratamento da doença em estágios avançados.

O exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero (PCCU) é um método de realização simples, com nível de dificuldade de realização baixo. Trata-se de um exame rápido, indolor, que é realizado em ambiente ambulatorial. Ou seja, além da questão econômica envolvida, é relevante também o fato de não trazer quaisquer prejuízos para a mulher, como cicatrizes,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

afastamento do trabalho ou perdas no âmbito psicológico e social (FERNANDES *et al.*, 2009; BRASIL, 2013).

Como o PCCU é capaz de identificar o CCU em estágios iniciais (BRASIL, 2013), a maioria das pacientes que são diagnosticadas com a doença em estágio inicial (estádio clínico IA1) fazendo o exame no intervalo preconizado podem ser submetidas a uma cirurgia mais simples, mais conservadora e com menor morbidade: a amputação cônica de colo de útero (MARQUES, 2015). Além dos ganhos para a qualidade de vida e a sobrevida livre de doença da mulher, o SUS tem o gasto total de R\$ 1.884,83, incluindo a coleta do exame pelo médico ou enfermeiro, a testagem em laboratório e a cirurgia de retirada da parte do colo do útero.

Enquanto isso, nos casos de pacientes que descobrem a doença em estágios um pouco mais avançados, possivelmente devido à falta de rastreio adequado, não só há perdas muito maiores na qualidade de vida, como também para a saúde financeira do sistema. Em mulheres mais jovens, com estadiamento intermediário (estadiamento clínico IA2 e IB1), que podem e desejam manter a fertilidade, é possível optar pela traquelectomia radical, que consiste na ressecção do colo do útero, paramétrios e linfadenectomia pélvica, preservando o corpo do útero e os ovários (MARQUES, 2015). Esse procedimento possui uma complexidade bastante elevada quando comparado à amputação cônica, o que reflete não só no tempo de recuperação (MARQUES, 2015) como também no custo. Nesse caso, apenas a cirurgia tem o valor de R\$ 5403,43, além de possíveis outros tratamentos adjuvantes que a paciente possa necessitar, como a quimioterapia (R\$ 1300,00) e a braquiterapia (R\$ 4150,00).

Em estágios ainda mais avançados (estadiamento clínico IIa), as opções são mais restritas, possuem importante morbimortalidade e, ainda assim, podem não conter a doença. Caso o tumor não invada órgãos contíguos, a paciente pode ser submetida a uma histerectomia total ampliada – é retirado todo o útero e anexos, além do tecido parametrial, dos ligamentos útero-sacrais junto à parede pélvica e da completa dissecação dos ureteres, 2 a 3cm do primeiro terço da vagina e os linfonodos ilíacos –, o que acarreta uma grande carga emocional e um



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

grande desgaste físico para a paciente, além do câncer em si (MARQUES, 2015). Além do custo do procedimento de R\$ 5403,43, aqui a probabilidade da necessidade de uma terapia adjuvante está bastante aumentada (MARQUES, 2015). Quando as margens se encontram comprometidas, o tumor é maior que 4cm, os linfonodos possuem metástases e o estroma está profundamente afetado, a radioterapia e a braquiterapia estão indicadas (MARQUES, 2015), o que acarreta mais R\$ 4150,00 (braquiterapia), além dos custos não indicados na tabela SIGTAP da radioterapia e o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para as pacientes residentes no Amapá.

Existem, ainda, pacientes que descobrem a doença ainda mais avançada, com um tumor localmente avançado (estadiamento clínico IIb e III) ou até metástases por contiguidade para órgãos vizinhos (estadiamento clínico IVa) (MARQUES, 2015). Nesse estágio da doença, a análise deve ser feita caso a caso, ponderando-se as vantagens e desvantagens de cada opção terapêutica, além da própria vontade da paciente. Pode-se optar por uma histerectomia com ressecção de órgãos contíguos, na qual é feita a ressecção, além do útero e anexos bilateralmente, também de órgãos e estruturas possivelmente infiltradas pelo tumor, como a bexiga e o reto. É uma cirurgia com uma grande morbimortalidade, capaz de afetar a qualidade de vida da mulher de maneira muito importante (MARQUES, 2015). Esse procedimento custa para o SUS R\$ 5262,02. Existe também a possibilidade de se optar pela radioterapia associada à quimioterapia, na qual esta última funciona como tratamento radiosensibilizante, ou seja, é capaz de melhorar a resposta do tumor à radioterapia (MARQUES, 2015). Como já explicitado, as pacientes amapaenses precisam, ainda, passar pelo processo burocrático e emocionalmente dispendioso de fazer o tratamento fora do seu estado através do TDF (MACIEL, 2016), o que também traz ainda mais despesas para o SUS.

O estado do Amapá não possui tratamento com radioterapia na rede pública e tampouco na rede particular (SBRT, 2021). Assim, é necessário, ainda, custear o Tratamento Fora de Domicílio (TFD) para que pacientes amapaenses possam receber a terapêutica adequada. Esse programa, criado pelo Ministério da Saúde, visa garantir assistência médica a pacientes que,





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

em seus municípios de origem, já tiveram todas as possibilidades de terapia e/ou diagnóstico esgotadas. O médico deverá preencher o Laudo Médico e o Formulário de Pedido de Tratamento Fora de Domicílio, comprovando a condição clínica e o esgotamento dos recursos no local de residência da paciente. A paciente será, então, referenciada a outro município, onde suas necessidades terapêuticas possam ser atendidas com todos os custos assegurados pelo SUS – desde os provenientes do tratamento em si até os mais básicos, referentes ao paciente e a um acompanhante (o qual representa um direito assegurado ao enfermo), como hospedagem, alimentação, locomoção, entre outros (MACIEL, 2016).

Além do alto gasto para o SUS, que só pode mensurar a depender da localidade de destino e do tempo de permanência, ainda existe a demora. Muitas vezes a espera é de meses e é necessário acionar a Justiça (MARQUES, 2020) e, no que diz respeito a um tumor já avançado, a paciente muitas vezes não pode esperar.

A despeito dos custos financeiros para o sistema de saúde e da morbidade dos procedimentos aos quais as pacientes diagnosticadas tardiamente são submetidas, ainda há de se considerar os aspectos biopsicossociais. Ao descobrir um CCU em estágio mais avançado, o tratamento é mais árduo e a recuperação mais demorada (MARQUES, 2015), o que acarreta maiores perdas nas relações sociais, na saúde mental e na saúde financeira da paciente (MARCACINE *et al.*, 2019). Isso poderia ser, ao menos em parte, amenizado com a descoberta mais precoce da doença e, consequentemente, a necessidade de uma terapia menos agressiva (MARQUES, 2015) e com menores consequências para as atividades sociais, econômicas e para a saúde mental da paciente (MARCACINE *et al.*, 2019).

## **Considerações finais**

A prevenção e o rastreamento do CCU devem, pois, ser amplamente divulgados, tendo em vista que quando as mulheres detectam e tratam esse câncer no período em que ele se encontra só na cérvix, o custo total da amputação cônica de colo de útero mais a análise



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

anatomopatológica da peça cirúrgica é menor do que o custo do tratamento de cânceres que não foram rastreados previamente, ou seja, quando a doença já se espalhou para outros tecidos próximos ao colo de útero.

Cabe reforçar que o estadiamento e o tratamento dessa neoplasia em estágios mais evoluídos implica o uso da radioterapia como uma forma terapêutica, no entanto, esse processo não tem como ser realizado no Estado do Amapá. Nesse ínterim, o número de realizações do PCCU é inferior à média brasileira, logo, a população do Estado que não realiza regularmente o rastreio e a prevenção desse carcinoma abre margem, assim, para que o custo do TFD seja um adicional dispendioso da terapia desse tipo de câncer.

Dessa forma, além da detecção precoce dos casos, o PCCU, na maioria das pacientes, diagnostica a doença ao fazer o exame no intervalo preconizado e então, elas podem ser submetidas a uma cirurgia mais simples (amputação cônica de colo de útero) que apresenta pequenas taxas de morbidade. Ademais, o exame preventivo é considerado uma contribuição de baixo custo da triagem pelo SUS, evitando a deterioração do prognóstico das mulheres acometidas. Por fim, é válido ressaltar que todas as questões discutidas também possibilitam que as mulheres, por vezes, não sejam alvos de problemas biopsicossociais, implicando a não perda do emprego, visto que muitas são chefes de família, aumentando-se, assim, a qualidade de vida e a sobrevida livre de doença.

## Referências

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**: controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Tabela SIGTAP**. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>. Acesso em: 25 maio 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

FERNANDES, José Veríssimo; RODRIGUES, Sílvia Helena Lacerda; COSTA, Yuri Guilherme Alexandre Silva da; SILVA, Luiz Cláudio Moura da; BRITO, Alípio Maciel Lima de; AZEVEDO, Judson Welber Veríssimo de; NASCIMENTO, Ermeton Duarte do; AZEVEDO, Paulo Roberto Medeiros de; FERNANDES, Thales Allyrio Araújo de Medeiros. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolau por mulheres, Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, p. 851-858, out. 2009.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Deteção precoce do Câncer**. Rio de Janeiro, 2021a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//deteccao-precoce-do-cancer.pdf>. Acesso em: 25 jul 2021.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2020**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2021.

INCA, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Tipos de câncer**: Câncer de Colo de Útero. Rio de Janeiro, 2021b. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colo-do-uterio>. Acesso em: 25 jul 2021.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Tratamento fora de domicílio (TFD)**. 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tratamento-fora-de-domicilio-tfd/1871/15/>. Acesso em: 27 jul. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, John C.. **Robbins & Cotran Patologia - Bases Patológicas das Doenças**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda., 2016.

LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; RIBEIRO, José Mendes. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3431-3442, set. 2019.

MACIEL, Danielle Lopez. **Tratamento fora do domicílio (TFD) no município de Santana do Livramento, Estado do Rio Grande do Sul**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Pampa, Santana do Livramento, Rio Grande do Sul. 2016. Disponível em: <http://dspace.unipampa.edu.br:8080/jspui/handle/riiu/1783>. Acesso em 28 jul. 2020.

MARCACINE, Patrícia Ribeiro; CASTRO, Sybelle de Souza; CASTRO, Shamyry Sulyvan de; MEIRELLES, Maria Cristina Cortez Carneiro; HAAS, Vanderlei José; WALSH, Isabel Aparecida Porcatti de. Qualidade de vida, fatores sociodemográficos e ocupacionais de mulheres trabalhadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 749-760, mar. 2019.

MARQUES, Cristiana de Lima Tavares de Queiroz; BARRETO, Carla Limeira; MORAIS, Vera Lúcia Lins de; LIMA JÚNIOR, Nildevande Firmino. **Oncologia: uma abordagem multidisciplinar**. Recife: Editora Carpe Diem, 2015.

MARQUES, Josicleia da Conceição; GUEDES, Daniele; PICANÇO, Fernanda; TRINDADE, Geane. Tratamento Fora de Domicílio (TFD): uma abordagem sobre os desafios e perspectivas dos beneficiários do município de Macapá. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)**, v. 3, p. 162-170, 16 dez. 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

SBRT, Sociedade Brasileira de Radioterapia. **Serviços de radioterapia**. São Paulo, 2021.  
Disponível em: <https://sbradioterapia.com.br/servicos/servicos-de-radioterapia/>. Acesso em: 27 jul 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## POLÍTICA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: UMA AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL EM UM MUNICÍPIO BAIANO

Camila de Jesus França<sup>1</sup>  
Vitória Solange Coelho Ferreira<sup>2</sup>  
Poliana Cardoso Martins<sup>3</sup>

**Resumo:** A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde, por meio da vigilância alimentar e nutricional, do incentivo às práticas alimentares adequadas e saudáveis, além de a prevenção e responsabilidade quanto aos danos pertinentes à alimentação e nutrição. Apesar do consenso acerca da importância de avaliações sistemáticas das políticas públicas, as avaliações em saúde são escassas e sua institucionalização constitui-se em um grande desafio. O objetivo deste trabalho foi avaliar a organização das ações da PNAN em um município no interior da Bahia. Trata-se de uma avaliação normativa da PNAN, com abordagem quantitativo-qualitativo. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas e análise documental. A análise utilizou a tipologia Donabediana (estrutura, processo e resultado), tendo por substrato uma matriz de Protocolo de Indicadores para Avaliação Multidimensional, que possibilitou a análise parcial dos indicadores presentes em cada dimensão e posteriormente uma análise geral da implementação da política. As entrevistas foram realizadas com o gestor da PNAN, o responsável técnico da área de alimentação e nutrição, representante do fundo municipal de saúde e conselheiros municipais de saúde. A pesquisa documental baseou-se nas atas das reuniões, relatório anual de gestão, planos municipais e projetos relacionados à temática. Os resultados revelaram o quanto a PNAN é ampla e dinâmica, requerendo dos atores envolvidos maior empenho para implementação. O município estudado apresentou desempenho satisfatório em todas as dimensões, inclusive na avaliação global. Destaca-se a dimensão

<sup>1</sup>Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (IMS/CAT), Grupo de pesquisa OBRAS - Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde- Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde- Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil, [cfranca@ufba.br](mailto:cfranca@ufba.br)

<sup>2</sup>Doutorado na clínica médica da UFRJ, Organização de serviços de saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz, Ilhéus, Brasil

<sup>3</sup>Docente adjunta, Grupo de pesquisa OBRAS -Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde- Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde- Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista-Bahia, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

processo que obteve uma menor pontuação devido à ausência de avaliação e monitoramento e da participação insatisfatória do controle social, devido à falta de conhecimento sobre a política pelos conselheiros de saúde. Esses resultados refletem que apesar do esforço da gestão municipal em operacionalizar as dimensões normativas da política com a execução de ações de promoção de atenção nutricional e na implantação do sistema de vigilância alimentar, há fragilidades quanto à ausência da participação e controle social devido à falta de conhecimento sobre a existência da política e da escassez de planejamento, avaliação e monitoramento das ações executadas no município. O fortalecimento da PNAN, e conseqüentemente da organização da atenção nutricional é imprescindível, em virtude das mudanças ocorridas no perfil nutricional da população com a obesidade, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, além de questões referentes à vulnerabilidade social e a fome, que reforçam a importância do aprimoramento dessa política com implantação estratégias locais efetivas, visando à redução da morbi-mortalidade associados à alimentação e nutrição, além da necessidade de garantir a autonomia dos sujeitos frente suas escolhas alimentares.

**Palavras-chave:** Política Pública; Política Nutricional; Avaliação em Saúde; Política Nacional de Alimentação e Nutrição; Planejamento em Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada mediante a portaria nº710/1999, e atualizada em 2011, tem como propósito a melhoria das condições de alimentação, nutrição e saúde da população brasileira, por meio da vigilância alimentar e nutricional, do incentivo às práticas alimentares adequadas e saudáveis, da prevenção e responsabilidade quanto aos danos pertinentes à alimentação e nutrição (BRASIL, 2012).

A PNAN marca uma etapa importante para a configuração da área no campo da saúde em que nas últimas décadas, a população brasileira transformou o seu modo de vida, principalmente no padrão de saúde, dietéticos e nutricionais. Nesse contexto, a transição alimentar e nutricional ocorreu em dois extremos no mesmo cenário. De um lado, observa-se o aumento acelerado do



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

excesso de peso e, de outro, a manutenção de elevadas frequências de carências nutricionais específicas (BRASIL, 2012).

Nos últimos anos observa-se a institucionalização normativa da alimentação como um direito social, marcado pela promulgação da Lei Orgânica de SAN - LOSAN nº 11.346/2006 que implicou na instituição formal desse direito, com posterior incorporação na Constituição Federal (1988) através da Emenda Constitucional nº 64/2010. Entende-se que as ações da PNAN sejam organizadas de maneira descentralizada, junto ao Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo da Atenção Básica (AB) enquanto espaço privilegiado para o seu desenvolvimento. No entanto, mesmo sendo de responsabilidade das três esferas de gestão, a implementação dessa política ocorre no contexto local no âmbito da AB e na gestão da secretaria municipal de saúde, coordenação de alimentação e nutrição. Para a adequada operacionalização de suas ações, diferentes fatores devem ser considerados como: os responsáveis pela execução, os recursos, a estrutura, dentre outros. Apesar do consenso sobre a importância de avaliações sistemáticas das políticas públicas, as avaliações em saúde são raras e sua institucionalização constitui-se em um grande desafio (JUNG; BAIROS; NEUTZLING, 2014).

Diante do exposto, é necessário identificar os entraves, lacunas e estratégias que, em nível municipal, viabilizam ou não a efetivação e sua avaliação e a operacionalização da PNAN tornam-se essenciais, para conhecer o nível de implementação diante de suas limitações e fortalezas. Desse modo, o presente artigo teve como objetivo avaliar as ações da PNAN em um município do sul da Bahia, por meio da aplicação de um protocolo de indicadores.

## **Método**

Trata-se de um estudo avaliativo normativo com abordagem quantitativo-qualitativo acerca da PNAN, desenvolvido em um município do sul da Bahia, no ano de 2019. O município em estudo localiza-se na região sul do estado da Bahia, com distância de 430 quilômetros da capital e a quinta cidade mais populosa do estado estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Estatística (IBGE) em 2018 com 212.740 habitantes. O sistema municipal de saúde apresenta organização modular com áreas geográficas delimitadas segundo o conceito de distrito sanitário e são definidos segundo a distribuição dos bairros e os equipamentos de saúde do setor público e privado. No organograma da Secretaria Municipal de Saúde a Coordenação de Alimentação e Nutrição encontra-se inserida na Divisão de Programas ligada ao Departamento de Atenção Básica.

A avaliação normativa consiste em realizar um julgamento sobre uma intervenção, confrontando a estrutura, o processo e os resultados (DONABEDIAN, 1966). Na dimensão estrutura, os indicadores correspondem às características dos aspectos estruturais de seus provedores, os instrumentos e recursos; a dimensão processo refere-se às atividades em si, e se as características avaliadas na dimensão estrutura são prestadas e como o são; já na dimensão resultado observam-se os efeitos alcançados com a execução das ações. A avaliação entre essas três dimensões identifica o que foi organizado, executado e a repercussão dessas ações, respeitando as limitações e possibilidades de abrangência de cada uma das dimensões instituídas nesse método avaliativo da PNAN (PITON, 2015).

Para a coleta dos dados foi utilizada a matriz do Protocolo de Indicadores para Avaliação Multidimensional da PNAN (PITON, 2015), que por meio das dimensões de estrutura, processo e resultado, possibilitaram a análise parcial dos indicadores presentes em cada dimensão e uma análise geral da execução da PNAN no município.

Foram realizadas nove entrevistas semiestruturadas com: o Gestor Máximo da PNAN (1), Responsável Técnico de Alimentação e Nutrição (1), do Fundo Municipal de Saúde (1) e representantes de diferentes segmentos do Conselho Municipal de Saúde (6). A pesquisa documental se deu por meio de atas de reuniões, relatório anual de gestão, planilhas, planos municipais e projetos relacionados à temática.

Os roteiros para as entrevistas serviram de guia para direcionar as falas dos atores para aferição do protocolo que foram agrupados por categorias de análise. Com questões referentes à





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Organização da Atenção Nutricional; Planejamento das ações da PNAN; Execução de ações da PNAN; Financiamento das ações; Avaliação e Monitoramento das ações; Participação e Controle Social e Intersetorialidade foram destinados ao Responsável Técnico da Área de Alimentação e Nutrição e o Gestor Máximo da PNAN. Quanto ao roteiro aplicado ao Gestor do Fundo Municipal de Saúde foi delimitada a categoria de Financiamento das ações da PNAN e para a coleta de informações com os membros do Conselho Municipal de Saúde a categoria adotada correspondeu a Participação e Controle Social.

## ANÁLISE DOS DADOS

Os indicadores, de acordo com o protocolo, apresentam valor máximo de dez (10) pontos e valor mínimo de zero (0). Para indicadores específicos foram previstos resultados parciais, já que expressam condições passíveis de adaptações gradativas, e outros apresentam resultados dicotômicos. O somatório máximo da pontuação esperada por dimensão corresponde a: 210 pontos – na dimensão de estrutura; 380 pontos - dimensão de processo; e 30 pontos – dimensão de resultado; perfazendo uma pontuação global de 620 pontos.

Com o objetivo de ponderar o peso entre as pontuações e possibilitar o resultado final da avaliação, tendo por base o estudo realizado por Piton (2015), as pontuações identificadas para cada dimensão foram aplicadas na seguinte fórmula:

$$AVAPNAN = [(E/210)+(P/380)+(R/30)] / 3 \times 100$$

(Onde: AVAPNAN = avaliação global da PNAN; E = pontuação obtida na dimensão de Estrutura; P = pontuação obtida na dimensão de Processo; R = pontuação obtida na dimensão de Resultado).

A análise dos resultados para classificar o desempenho da PNAN apresentou a seguinte classificação e pontuação: ótimo ( $\geq 75\%$  do total de pontos possíveis em cada dimensão e na pontuação global); satisfatório ( $\geq 50\%$  a  $< 75\%$  do total de pontos possíveis em cada





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

dimensão e na pontuação global); insatisfatório ( $\geq 26\%$  a  $\leq 49\%$  do total de pontos possíveis em pelo menos uma das dimensões em cada dimensão e na pontuação global); ou sem desempenho ( $\leq 25\%$  do total de pontos possíveis em pelo menos uma das dimensões e na pontuação global) (PITON, 2015).

As entrevistas foram analisadas mediante a leitura flutuante e exaustiva, além do cruzamento vertical e horizontal e articulação das informações coletadas com os documentos, pautas, relatórios e planilhas analisadas para convergências e divergências das informações encontradas. As análises das categorias foram pré-definidas segundo a matriz para cada nível, como anteriormente citado.

Ressalta-se que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Santa Cruz, em 26 de setembro de 2019, com parecer N° 3.600.585.

## Resultados e discussão

A avaliação da PNAN a nível municipal, parte do pressuposto que política aponta sobre a necessidade de sistematização e do processo contínuo de acompanhamento e avaliação para sua efetivação. Os resultados demonstram o quanto a PNAN é ampla e dinâmica, requerendo dos atores envolvidos em seu processo de implementação maior empenho, pois trata-se de uma política complexa e de difícil operacionalização.

A atenção nutricional está organizada no município em estudo, com uma Coordenação Municipal de Alimentação e Nutrição com responsável técnico um nutricionista e uma equipe com 15 nutricionistas distribuídos nas 32 unidades de saúde do município. O corpo administrativo da coordenação é composto por 4 auxiliares técnicos, responsáveis por alimentar os sistemas de informação dos programas instituídos no município como a Suplementação de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Vitamina A, NutriSUS, Crescer Saudável e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN).

## **Dimensão estrutura**

A pontuação obtida foi de 135 pontos, dos 210 atribuídos para essa dimensão, equivalente a 64,28% do total previsto, classificado como satisfatório. Entende-se que, a atribuição do valor é devido aos indicadores com fragilidades quanto à avaliação e monitoramento das ações, ausência de financiamento tripartite, além da insuficiente participação social e inexistência da criação de ambientes promotores para alimentação saudável, salvo as unidades de saúde.

Foram avaliados aspectos referentes à organização da atenção nutricional na AB; o planejamento ações da PNAN; existência e origem do financiamento dessas ações; existência de mecanismos/sistemas de monitoramento e avaliação; participação e controle social; e intersectorialidade por meio da articulação da PNAN com outros setores do município, políticas, programas e ações do setor saúde, mediante indicadores relacionados aos recursos, instrumentos, gestão, enfoque organizacional e estrutura física.

No que tange a organização da atenção nutricional revela-se o interesse do município quanto às questões alimentares e nutricionais, quando se trata da existência de uma coordenação municipal e uma equipe robusta, tanto de técnicos quanto de profissionais nutricionistas. Na análise documental foi observada ações da PNAN dentro do Plano Municipal de Saúde, além do Planejamento de Ações de Alimentação e Nutrição, o que revela o valor que essa temática apresenta no setor saúde a nível municipal.

Em entrevista observa-se a existência do recurso financeiro de origem federal denominado Fundo de Alimentação e Nutrição (FAN), constatado também em análise documental. O município atende aos critérios para o recebimento do repasse, no entanto não foi encontrado nenhum registro da contrapartida do município nem de que os recursos federais foram de fato destinados às ações da PNAN.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Em relação a esse aspecto os gestores referem à existência da contrapartida do município:

*"A contrapartida do município tá de forma global, tendo em vista que os seus servidores que lá estão no local, [...], são tudo financiada pelo município, então essa é a contrapartida do município. Agora financeiramente o município não disponibiliza recurso direto"* (G3).

Cabe destacar que, a contrapartida pertencente ao estado não foi mencionada, nem observada em pesquisa documental, o que descaracteriza a forma de financiamento tripartite proposto pela própria política (BRASIL, 2012).

Desde a aprovação da PNAN, o financiamento por parte da união tem sido fundamental para a implementação das ações e programas específicos de alimentação e nutrição no âmbito do SUS. Essa transferência de recursos entre entes federados concebe incentivo de custeio para a estruturação e a implementação de ações com base na PNAN (JAIME *et al.*, 2018). Assim, os profissionais citam que a contrapartida que o município realiza para as ações da PNAN é o próprio custeio para a manutenção das unidades de saúde, bem como o pagamento dos profissionais que a compõem, inclusive o profissional nutricionista, porém não existe em folha ou outro documento a discriminação de valores destinados às ações e programas de alimentação e nutrição. Apesar do reconhecimento da importância do recurso federal, a implementação das políticas de saúde vem sofrendo considerável queda dos recursos da união, devendo os municípios maior participação em seu financiamento (CASTRO *et al.*, 2019).

Algumas especificidades relacionadas à gestão municipal como a alta rotatividade dos gestores da saúde (em 3 anos a secretaria de saúde teve 6 gestores diferentes) e consequentemente da equipe técnica e dos profissionais das unidades de saúde. Essa descontinuidade e precariedade de vínculos empregatícios no âmbito municipal compromete o seguimento do trabalho, o que dificulta o processo de gestão, planejamento, programação, monitoramento e avaliação a curto, médio e longo prazo, influenciando a gestão dos serviços de saúde da organização e execução de ações (GONÇALVES *et al.*, 2014).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Quanto à existência de mecanismos ou instrumentos de avaliação e monitoramento das ações da PNAN, observou-se que nos discursos dos gestores apenas o “mapa” (planilha de controle da vitamina A) foi utilizado como base para essas atividades como pode ser visto no trecho de fala a seguir:

*Os próprios mapas é uma maneira de avaliar e monitorar [...] se ela me entrega o mapa de vitamina A do posto de saúde dela, da unidade de saúde dela que ela trabalha, eu vou ver aquele perfil né, de 100 e de 200 entendeu? De como eles estão administrando essa vitamina A. Você avalia pelo próprio mapa mesmo [...] (G1)*

Na explicitação das diretrizes e prioridades da PNAN destaca-se a necessidade da sistematização de um processo contínuo de acompanhamento e avaliação da implementação de ações (BRASIL, 2012), a fim de que os gestores disponham de uma base sólida de evidências que fundamente o planejamento e a tomada de decisão principalmente a nível local, âmbito onde há operacionalização e execução das políticas públicas. Nas entrevistas há uma divergência quanto à existência de instrumentos de avaliação e monitoramento das ações da PNAN. Tal fato pode ter ocorrido devido ao tempo insuficiente de alguns gestores no cargo, demonstrando desconhecimento desses mecanismos e da própria política.

Estes resultados apontam para pouca efetividade nas ações de monitoramento e avaliação das ações nutricionais no município, em que o SISVAN nem ao menos é citado nessa categoria de análise. No estudo de Rolim e colaboradores (2015), observa-se que este sistema não tem sido percebido como um instrumento propulsor de dados essenciais para a tomada de decisões, bem como de planejamento e monitoramento das ações. Sabe-se que o SISVAN é um sistema de informação que revela o estado nutricional e o consumo alimentar da população coberta pela Atenção Básica de forma contínua sendo, portanto, uma importante ferramenta para subsidiar a formulação de estratégias, políticas e programas referentes à alimentação e nutrição, bem como para a tomada de decisão, avaliação e adequação nos diferentes níveis de gestão da atenção à saúde (BRASIL, 2009).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Dimensão do Processo

A operacionalização da PNAN deu-se de forma descentralizada, com o propósito de resolver a questão da centralização política e imprimir um novo modo de governar em que a distribuição de poder fortaleceria a gestão local, oportunizando aos gestores compreenderem a importância dada ao nível local (SOUZA; SANTOS, 2017). No entanto, os resultados dos discursos presentes nas entrevistas não demonstraram clareza sobre o significado político, técnico e força ideológica, mas refletem o desconhecimento dos gestores quanto a um processo de grande relevância para as políticas públicas de saúde no Brasil, influenciando negativamente na organização dos serviços, dificuldades no planejamento e efetividade das ações.

Na avaliação referente à dimensão do processo, identificou-se os parâmetros associados à efetivação da PNAN, dando sequência aos indicadores relacionados à estrutura. O município avaliado apresentou um total de 215 pontos, quando o esperado nesta dimensão era uma pontuação de 380 pontos, correspondendo a 56,57% em relação ao total, classificado como satisfatório.

Quanto à execução das ações da PNAN foi possível observar que, de acordo com as entrevistas, elas estavam sendo realizadas em formas de mutirões: "*Sim, na medida do possível sim. A gente realiza mutirões né... tudo que a gente pode fazer a gente faz*" (G1). A cobertura populacional que as ações alcançam não foram relatadas, nem observadas em análise documental, porém estima-se, com base no número de nutricionistas e o total de unidades de saúde, uma cobertura de 71,8% das unidades de saúde estão vinculadas às ações de alimentação e nutrição, englobando todos os ciclos da vida dos indivíduos, bem como das coletividades.

É indiscutível a importância da Atenção Básica (AB) no desenvolvimento das ações nutricionais, como coordenadora do cuidado e a ordenadora da rede, visto que questões pautadas na alimentação tangem diferentes aspectos que transcendem o ato de se alimentar; ou relações somente com a nutrição superam o foco na doença, perpassando pelo desenvolvimento





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

de estratégias que abordem a complexidade pertinente à saúde (FRANÇA; CARVALHO, 2017). Ao serem inquiridos sobre a criação de ambientes institucionais promotores de alimentação adequada no município, a resposta era [...] *"Não, só as unidades de saúde"* (G1). Sabe-se que, a atenção nutricional prioriza suas ações no âmbito da AB, mas precisa incluir, conforme as necessidades dos indivíduos, diferentes pontos de atenção à saúde, como atenção domiciliar, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, serviços especializados, além das escolas, ambientes de trabalho e o comércio entre outros, que contribuam com o cuidado integral em saúde por meio da intersetorialidade (BRASIL, 2012).

Em entrevista, quanto à participação de outros profissionais da AB na etapa de planejamento das ações da PNAN, não é possível identificar a presença de outros profissionais *"[...] a divisão de nutrição, eu, eu e toda minha equipe"*. Entendem-se como "minha equipe" os nutricionistas alocados nas unidades de saúde. Tais elementos demonstram a centralidade do profissional nutricionista nas ações de planejamento. A percepção de envolvimento de outros profissionais se dá na execução das ações. O planejamento é realizado anualmente e baseia-se nas diretrizes da PNAN.

Quanto ao conhecimento dos conselheiros municipais de saúde sobre a PNAN, os indicadores revelam que 33,33% dos entrevistados declararam conhecer parcialmente a PNAN, porém não sabiam apontar seus aspectos normativos e 66,66% referem desconhecer a política. Esse achado corrobora com o estudo de Piton (2015), que encontrou apenas um conselheiro que relatou conhecimento sobre a política. O desconhecimento da política nesses espaços consolida o modelo de saúde apoiado em ações normativas e discursos arbitrários, bem como a processos de trabalho fragmentados, desarticulados, medicocêntricos e verticalizado na produção do cuidado. Assim, espera-se que as ações e atividades devam ser realizadas de forma articulada à mobilização social, pois a formação de grupos sociais tem o poder de construir mudanças essenciais para a organização de um bem-estar social baseado em um coletivo responsável e sensibilizado (LOPES; LANA, 2015).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Dimensão dos resultados

Em relação à dimensão dos resultados, em que se buscou avaliar a execução da PNAN, identifica-se que os parâmetros associados às intervenções realizadas no município estudado obtiveram nessa dimensão a pontuação de 20 de um total de 30 pontos, correspondendo a 66,6% da pontuação, com desempenho classificado como satisfatório. Nas entrevistas com os gestores não houve resposta quanto ao quantitativo de metas alcançadas com base no planejamento. Em análise documental do Plano Municipal de Saúde constam as porcentagens das metas para o ano de 2019, correspondendo a 77,05% de metas alcançadas.

Quanto ao indicativo de alterações positivas no perfil epidemiológico e nutricional da população do município, o entrevistado responde: “*Sim, sim, na medida do possível sim*”. A operacionalização da PNAN se constitui dentro da AB como solução para o enfrentamento da diversidade da condição alimentar e nutricional, requerendo dos serviços de saúde maior e melhor organização, a fim de atender as necessidades referentes aos agravos advindos da má alimentação, além de dar efetividade na atenção nutricional para a população (ROLIM, *et al.*, 2015).

Em relação ao grau de satisfação dos conselheiros quanto à execução das ações da PNAN foi insatisfatório, em que 66,6% não souberam avaliar, pois referiram não conhecer a política: “*Eu não posso fazer uma avaliação ...*” (CMS 1) ou ainda “*Eu não posso avaliar, que eu não tenho conhecimento desse setor no município*” (CMS2). Os demais conselheiros avaliam da seguinte forma: “*Precária, por que até mesmo a gente não tem conhecimento, nunca foi pautada, então pra poder dizer assim que está sendo executada, como? Se a gente não tem conhecimento, nunca passou pelo conselho*” (CMS3). Outro entrevistado: “*Eu mesmo sinceramente não vejo esse programa assim funcionando aqui no município, eu creio que nem existe*” (CMS4).

A insatisfação revelada pela falta de conhecimento da política descrita pelos conselheiros sobre as ações de alimentação e nutrição demonstra a fragilidade do controle social quanto às



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

demandas da PNAN, compreendendo que o conhecimento se configura como uma forma imprescindível para a aquisição de poder e tomada de decisão, característica legítima dos movimentos sociais (SAPUCAIA; LOW; SANTOS, 2018). Dessa forma, na abordagem multidimensional da PNAN percebe-se que em todas as dimensões a participação social precisa urgentemente ser revista, a fim de garantir a construção de políticas e ações que atendam às necessidades básicas de saúde a nível local.

## **Avaliação global**

Quanto ao resultado global da avaliação da PNAN, que é a soma dos pontos alcançados nas dimensões de estrutura, processo e resultado, o município estudado obteve um resultado de 59,67% com classificação satisfatória, correspondendo a 370 pontos de um total 620 pontos.

Observa-se que o município estudado manteve seu desempenho em todas as dimensões, inclusive na avaliação global, como satisfatório que fica entre 50 a 75% da classificação definida e seus respectivos intervalos, sendo que o município não ultrapassou 70% do esperado. Dentre os intervalos classificatórios a dimensão processo obteve a menor pontuação.

Esses resultados refletem que há por parte da gestão municipal um esforço para atender os aspectos relacionados à efetivação da PNAN, porém de forma parcial o que dificulta o alcance de bons resultados, assim alguns entraves precisam ser avaliados cautelosamente nas três dimensões. Problemas referentes ao controle social são um dos quesitos de maior relevância, pois apresentou baixa pontuação em todas as dimensões avaliadas, visto que os aspectos relacionados à estrutura e ao processo de execução da PNAN sujeitam-se a institucionalização do controle social o que pressupõe tanto apoio político da PNAN quanto a capacidade de melhorar o desempenho da política.

Outro ponto que merece destaque são os indicadores de avaliação e monitoramento das ações. Sabe-se que estas categorias ainda são pouco incorporadas às práticas da administração pública,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

percebido por vezes como prática burocrática distante da praticidade, comprometendo a implementação de políticas públicas (SOUZA; SANTOS, 2017).

## **Considerações finais**

Torna-se imprescindível que a gestão no âmbito municipal priorize os processos de monitoramento e a avaliação voltados para a gerência da PNAN, criando subsídios direcionados à pactuação das ações que possibilitem a incorporação nos instrumentos de gestão no cotidiano dos serviços, com a finalidade de criar estratégias de execução que impactem efetivamente o desempenho da política e seus indicadores.

Assegurar a representatividade social nas instâncias participativas evita o desconhecimento e consequentemente a fragilidade e o isolamento das ações. O controle social no setor saúde vai além da existência do conselho de saúde, ele perpassa pela valorização que os gestores em saúde dão em compartilhar o poder, as suas intenções e angústias.

Faz-se urgente o fortalecimento da PNAN, e consequentemente da organização da atenção nutricional, em virtude das mudanças ocorridas no perfil nutricional da população em um cenário em que a obesidade, o diabetes mellitus, a hipertensão arterial, além de questões referentes à vulnerabilidade social e a fome, por si indica a importância do aprimoramento dessa política, implantando estratégias locais efetivas, que visem à redução da morbi-mortalidade associados à alimentação e nutrição além da necessidade de garantir aos sujeitos a capacidade de realizarem suas escolhas alimentares saudáveis. Nessa perspectiva, ressalta-se a necessidade de pesquisas relacionadas à avaliação e monitoramento da PNAN no âmbito municipal, sendo pertinente a necessidade de maiores esforços para o delineamento e a condução de estudos que evidenciem a realidade e as fragilidades de implementação dessa política.

## **Referências**





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 64, de 04 de fevereiro de 2010. Lex: Altera o art. 6º da Constituição Federal, para introduzir a alimentação como direito social. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm/](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc64.htm/) Acesso em 03 de dezembro de 2019.

BRASIL. Lei Nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm). Acesso em 03 de dezembro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasil. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional – Brasil 2006. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.715, de 17 de novembro de 2011. Atualiza a Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília, 2011.

CASTRO M.C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. **The Lancet**, v. 394, p. 345-356, 2019.

DONABEDIAN A. **Evaluating the quality of medical care**. Milbank Mem Fund, v. 44, 3 ed, p. 166-206, 1966.

FRANÇA, C. J; CARVALHO, V. C. H. S. Estratégias de educação alimentar e nutricional na Atenção Primária à Saúde: uma revisão de literatura. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 114, p. 932-948, 2017.

GONCALVES, C. R. *et al.* Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 100, p. 26-34, 2014.

JAIME, P. C. *et al.* Um olhar sobre a agenda de alimentação e nutrição nos trinta anos do Sistema Único de Saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1829-1836, 2018.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

JUNG, N. M.; BAIROS, F.S.; NEUTZLING, M. B. Utilização e cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1379-1388, 2014.

LOPES, F. N.; LANA, F. C. F. Participação popular no controle da hanseníase: um desafio para o serviço de saúde. **Revista enfermagem UERJ**, v. 23, n. 2, p. 235-40, 2015.

PITON, L. E. M. **Avaliação da política nacional de alimentação e nutrição no âmbito municipal**: desenvolvimento metodológico e estudo de caso na Bahia. 2015. 152f. Dissertação (Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde) – Escola de Nutrição, da Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2015.

ROLIM, M. D. *et al.* Avaliação do SISVAN na gestão de ações de alimentação e nutrição em Minas Gerais, Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 8, p. 2359-2369, 2015.

SAPUCAIA, S. N.; LOW, T.; SANTOS, E. O. Residência multiprofissional e atenção básica: o lugar do conselho gestor no fomento à participação social. **Psicologia Política**, v. 18, n. 41, p. 134-146, 2018.

SOUZA, L. M. S.; SANTOS, S. M. C. Política Nacional de Alimentação e Nutrição: avaliação da implantação de programas em municípios baianos. **Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde**, v.12, n. 1, p. 137-155, 2017.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE NO CONTEXTO DA  
PANDEMIA DA COVID-19, A PARTIR DA ANÁLISE DE DOCUMENTOS OFICIAIS

Camila de Jesus França<sup>1</sup>  
Cristiane Abdon Nunes<sup>2</sup>  
Nília Maria de Brito Lima Prado<sup>3</sup>

**Resumo:** A pandemia da COVID-19 representa um dos maiores desafios sanitários mundiais deste século. A rápida disseminação do vírus direciona os sistemas globais de saúde a buscarem estratégias rápidas e efetivas para o enfrentamento da pandemia. Evidências recentes demonstram que os países com modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) resolutiva e integrada a uma rede de serviços, conseguiram direcionar ações mais abrangentes frente às crises sanitárias. Esse desempenho está vinculado aos atributos derivados referentes à competência cultural, orientação comunitária e abordagem centrada na família que permitem a efetivação das ações em um território delimitado, em função do conhecimento e vínculo estabelecido entre as equipes de APS e a população (primeiro elemento de um processo contínuo da atenção), perspectiva que fundamenta o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Sob essa ótica, este estudo apresenta como objetivo central, analisar criticamente as recomendações técnicas acerca do trabalho dos ACS durante o período da pandemia da Covid-19, a partir da apreciação dos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil em 2020. Foram identificados apenas três documentos oficiais, que descreviam atribuições específicas dos ACS na APS durante o período pandêmico. Destes, dois relacionavam-se à reorganização do processo de trabalho, mas sem especificações pertinentes às atribuições exclusivas dos ACS. Somente em um deles localizou-se atribuições inerentes à prática destes profissionais na APS, quais sejam: auxiliar no atendimento das ações descritas no *fast-track* COVID-19, ferramenta de fluxo rápido de atendimento de casos de síndrome gripal com método derivado de protocolos relacionados às situações de emergências sanitárias; realizar visita peridomiciliar para monitoramento dos contatos e casos de usuários com COVID-19 leve. Contudo, não abrangiam qualquer detalhamento operacional acerca de estratégias

<sup>1</sup> Mestranda em Saúde Coletiva, Grupo de pesquisa OBRAS -Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde- Mestrado em Saúde Coletiva, Instituto Multidisciplinar em Saúde- Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista, Brasil, [cfranca@ufba.br](mailto:cfranca@ufba.br)

<sup>2</sup> Docente adjunta, Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB), Instituto de Saúde Coletiva-Universidade Federal da Bahia, Salvador-Bahia, Brasil

<sup>3</sup> Docente adjunta, Grupo de pesquisa OBRAS -Observatório Baiano de Redes de Atenção à Saúde- Instituto Multidisciplinar em Saúde- Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista-BA, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

direcionadas ao processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; identificação e notificação dos casos de COVID-19; priorização de situações a serem acompanhadas no planejamento local; cuidado da saúde da população adstrita nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; continuidade do cuidado aos usuários com doenças crônicas e outras necessidades, monitoramento remoto (por celular) dos usuários com COVID-19 e os familiares; orientações acerca da doença e medidas de prevenção à saúde. As imprecisões expostas, dentre outras, podem ampliar o medo e a insegurança destes profissionais com implicações para o apoio comunitário e, conseqüentemente, para mitigar o risco de contaminação pelo vírus da COVID-19. Logo, a ausência de orientações nas diretrizes políticas pode comprometer o processo de trabalho dos ACS e influenciar as respostas nos territórios em tempos de pandemia, inclusive convertendo o atendimento centrado para uma abordagem biomédica, contrapondo-se aos elementos estruturantes da APS no Brasil. Em síntese, este estudo sinaliza para a necessidade de adequações dos documentos técnicos, a fim de viabilizar, de fato, o planejamento e a operacionalização do trabalho dos ACS, condizente com as necessidades e demandas dos usuários e capaz de suprimir a evolução e conseqüências da pandemia em todos os territórios brasileiros.

**Palavras-Chave:** Agente comunitário de saúde; Pandemia; COVID-19; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

A pandemia da COVID-19 que se originou na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e declarada como pandemia em março de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS), representa um dos maiores desafios sanitários mundiais deste século (ZHU *et al.*, 2020). A rápida disseminação do vírus redireciona os sistemas globais de saúde a buscarem estratégias efetivas para o enfrentamento da pandemia (FERNANDEZ; LOTTA, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A capacidade acumulada ou experiência dos sistemas de saúde de cada país faz a diferença para o enfrentamento de demandas emergentes. Evidências recentes (BOYCE; KATZ, 2019; FERNANDEZ; LOTTA, 2020) demonstram que os países com modelos de Atenção Primária à Saúde (APS) abrangente, têm maior potencial frente à essas crises, devido à abordagem comunitária que constitui um diferencial para o alcance do diagnóstico e prevenção entre os usuários, particularmente os mais vulneráveis socialmente (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Fato constatado em crises sanitárias anteriores, como no caso da H1N1, Ebola, Zika e Febre Amarela, em que a APS apresentou respostas resolutivas e concatenadas às necessidades loco regionais.

Esse desempenho da APS está vinculado, em grande parte, à sua orientação comunitária e sua potencialidade para o reconhecimento das necessidades locais. Tais atividades são inerentes as atribuições dos Agentes Comunitários em Saúde (ACS), os quais vinculados à APS compõe a força de trabalho na linha de frente dos sistemas de saúde de diversos países, para o monitoramento e rastreamento de casos e contatos como da COVID-19, a fim de garantir a prevenção e o controle da rápida transmissão comunitária da doença (BHAUMIK *et al.*, 2020).

No Brasil, desde que o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi instituído pelo Ministério da Saúde, no ano de 1991, estes profissionais representam o elo entre a comunidade e os serviços de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois possibilita a identificação da situação de saúde nos territórios e o planejamento das ações, a partir das necessidades e demandas de saúde da população, ao passo que mantém o fluxo contrário, ao transmitir informações referentes tanto a promoção e prevenção, quanto aos cuidados em saúde (BARROS *et al.*, 2010). Neste contexto, dentre o rol de atribuições dos ACS, destacam-se: ações de prevenção de doenças e promoção da saúde nos domicílios ou em atividades comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS, além da vigilância epidemiológica ativa (BRASIL, 2017). Ademais, contribui para o desenvolvimento de ações intersetoriais, por meio da articulação com os





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

dispositivos comunitários do território, como associação de moradores, projetos sociais, igrejas e lideranças comunitárias, a fim de aumentar o alcance das orientações em saúde.

No contexto da pandemia da COVID-19, as ações previstas pelos planos de contingência no território reforçam a necessidade do trabalho educativo e mobilizador do ACS, considerado essencial para fomentar a adesão da população às ações destinadas à redução da cadeia de transmissão comunitária, com ênfase para medidas preventivas, a exemplo da correta higienização das mãos, o uso de máscaras e o isolamento social. Destaque também para a atuação no combate à infodemia (grande veiculação de *fakes news*) e o apoio social aos grupos populacionais mais vulneráveis, além do monitoramento dos casos suspeitos e ações direcionadas à continuidade do cuidado aos usuários com condições de saúde crônica e demais necessidades em saúde (QUIRINO *et al.*, 2020; MACIEL *et al.*, 2020).

Contudo, a reorganização dos serviços para o atendimento dos casos leves e assintomáticos de COVID-19, bem como, a manutenção das ações rotineiras próprias da APS, acarretou em uma dupla sobrecarga para os profissionais de saúde (DUNLOP *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020) revelando a necessidade de definição das atribuições específicas, a fim de otimizar o processo de trabalho. Nesse sentido, este trabalho teve como objetivo fornecer um breve panorama crítico acerca da perspectiva atual de conformação do trabalho dos ACS, durante o período da pandemia da COVID-19, a partir das recomendações dispostas nos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde (MS) no Brasil.

## **Método**





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Trata-se de um estudo descritivo, de revisão documental e de natureza qualitativa elaborado por meio da revisão e análise de documentos relacionados à reorganização do processo de trabalho dos ACS na APS no contexto da pandemia da COVID-19.

A revisão documental foi norteada pela seguinte pergunta de pesquisa: Quais são as principais recomendações descritas em documentos emitidos pelo Ministério da Saúde no Brasil, referentes à reorganização do processo de trabalho dos ACS durante o período da pandemia da COVID-19?

Para a seleção dos documentos (que faziam referência às atividades do ACS com orientações e/ou recomendações acerca da reorganização do seu processo de trabalho durante o período pandêmico) realizou-se um levantamento nas plataformas digitais e em sites oficiais do Governo Federal, especialmente do Ministério da Saúde (MS), no período pandêmico compreendido entre janeiro de 2020 a maio de 2021.

A análise dos dados consistiu-se em três etapas: (1) organização; (2) pré-análise (exploratório) e (3) análise do material. Na etapa inicial, os documentos selecionados foram sistematizados em planilha do *Microsoft Excel*® considerando-se as categorias: autor, ano, título, objetivo do documento, ações para a reorganização da APS, principais atribuições do ACS durante a pandemia. A partir dessa organização, procedeu-se a pré-análise com a leitura exaustiva dos excertos e análise específica do material. O quadro 1 apresenta os elementos chaves observados nos documentos analisados.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Quadro 1.** Principais elementos referentes ao trabalho do ACS, durante o período pandêmico da COVID-19, identificados nos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde.

Título do documento	Trabalho do ACS	Referência
Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente à COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar sobre prevenção à COVID-19;</li> <li>• Auxiliar a equipe no desempenho de suas atividades (identificar e monitorar casos suspeitos, <i>fast-track</i> e vacinação);</li> <li>• Auxiliar nas atividades no cotidiano da unidade de saúde (organizar fluxo de atendimento, atividades administrativas);</li> <li>• Visita peridomiciliar com prioridade aos grupos de risco para COVID-19;</li> <li>• Busca ativa de casos suspeitos;</li> <li>• Atividades educativas;</li> <li>• Possibilidade de acompanhamento de pacientes em isolamento domiciliar via telefone.</li> </ul>	BRASIL, 2020a.
Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visita peridomiciliar (informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhar os casos confirmados).</li> </ul>	BRASIL, 2020b.
Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ACS como membro da equipe e desenvolvimento de ações previstas no <i>fast-track</i> (primeiro contato do paciente na unidade de saúde): identificar sintomas gripais, encaminhar os usuários para as unidades de saúde, preencher formulários de notificação.</li> </ul>	BRASIL, 2020c.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

## Resultados e discussão



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A resposta do governo brasileiro quanto ao direcionamento normativo para a reorganização do trabalho dos ACS na APS durante a pandemia foi constatada em apenas três documentos emitidos pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; BRASIL, 2020c). Entre esses, um referia-se às ações das equipes de saúde no enfrentamento da crise sanitária e dois contemplavam recomendações específicas acerca da reorganização do processo de trabalho e o papel dos ACS durante o período pandêmico. Neste, foram citadas atribuições dos ACS enquanto integrante das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS), no que compete à promoção da saúde, prevenção e controle de agravos, e reforço ao atributo derivado da APS denominado orientação comunitária, com o objetivo de reduzir a transmissão comunitária do vírus (QUIRINO *et al.*, 2020).

O documento "Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente à COVID-19" (BRASIL, 2020a), apresentou 11 competências para a atuação destes profissionais, que podem ser agrupadas em três dimensões: (1) orientações quanto a COVID-19; (2) auxiliar a equipe no desempenho de suas atividades (identificar e monitorar casos suspeitos, *fast-track* e vacinação) e (3) atividades no cotidiano da unidade de saúde (organizar fluxos de atendimento, atividades administrativas, ações educativas em salas de espera).

Ressalta-se que, a atuação do ACS ao longo dos anos tem vivenciado mudanças importantes referentes à descaracterização e o questionamento sobre o seu papel na APS. Tais alterações foram acirradas após a aprovação da versão mais recente da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no ano de 2017, que trouxe em seu bojo um perfil de trabalhador genérico e multifuncional, com a proposição de reconfiguração do processo de trabalho e inclusão de atividades burocráticas e técnico gerenciais (BRASIL, 2017; SILVA *et al.*, 2020) confrontando os atributos derivados da APS.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

O documento "Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde" objetivou definir o papel dos serviços de APS/ESF no manejo e controle da infecção COVID-19. Descreveu orientações acerca da inserção dos ACS na recepção da unidade básica para a implementação de ações dispostas pelo *fast-track* (ferramenta de fluxo rápido para atendimento de casos de síndrome gripal) sendo, portanto, o primeiro contato do paciente para o preenchimento de formulário, identificação de sintomas gripais e encaminhamentos pertinentes (BRASIL, 2020c). Nota-se, como as recomendações acerca do seu trabalho, durante o período pandêmico, têm sido permeadas por racionalidades utilitaristas, como foco para o trabalho burocrático e pouca ênfase para a prevenção de doenças e promoção da saúde (MACIEL *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020).

A partir da leitura minuciosa dos documentos nota-se que, novas atribuições foram incorporadas ao trabalho do ACS para o período pandêmico, com ênfase para a utilização de tecnologias de informação e comunicação em saúde (TICs) e de mídias sociais como alternativa para a manutenção do contato contínuo com os usuários, frente às medidas de distanciamento social e limitações quanto às visitas domiciliares (BHAUMIK *et al.*, 2020; MACIEL *et al.*, 2020).

Uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2020, reitera os limites para a atuação pautada por burocracia gerencial no contexto atual, em que o curso da pandemia da COVID-19 impõe desafios inesperados aos modos usuais de interação dos Agentes Comunitários de Saúde com as populações sócio e economicamente mais vulneráveis. A interrupção do trabalho presencial apareceu como o principal catalisador para a inserção de novos procedimentos no processo de trabalho dos ACS (COSTA *et al.*, 2020).

A suspensão ou descaracterização das visitas domiciliares e atividades em grupo, a falta de contato direto com o usuário e as novas estratégias para mapeamento e cadastramento da comunidade, prioritariamente na modalidade remota podem resultar em diminuição do vínculo entre os ACS e a comunidade (FERNANDEZ; LOTTA; CÔRREA, 2021).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A visita domiciliar, apesar de constituir uma ação programada estratégica prevista a nível territorial, os documentos referiram diversas restrições à sua realização, sob a justificativa da garantia da segurança do usuário e do profissional. O documento "Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS" (BRASIL, 2020b), destacou as visitas domiciliares como estratégia essencial para transmitir informações à população, além de viabilizar o acompanhamento e busca ativa de casos suspeitos, monitoramento dos casos e contatos de COVID-19 com sintomas leves e manutenção do acompanhamento de usuários cadastrados, com prioridade para os classificados como grupo de risco para a COVID-19, como idosos, usuários com doenças crônicas, gestantes, puérperas e crianças menores de 5 anos. Orientou-se similarmente quanto à veiculação de cuidados de segurança e higiene durante as visitas domiciliares e recomendou que fossem realizadas condicionada aos espaços peridomiciliares (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b).

Ademais, cabe mencionar que as publicações não especificaram orientações acerca de ações destinadas à continuidade do cuidado aos usuários cadastrados com comorbidades crônicas, apoio às equipes de saúde, monitoramento remoto (por celular) e educação em saúde.

As abordagens comunitárias são consideradas mais apropriadas para conter epidemias, como foi observado em crises de saúde anteriores (BOYCE; KATZ, 2019; COSTA *et al.*, 2013), por priorizar a lógica territorial favorece a identificação precoce de novos casos e monitoramento dos contatos, além da orientação quanto à prevenção e promoção da saúde (FERNANDEZ; LOTTA; CÔRREA, 2021). A APS permite maior capilaridade às ações pelas equipes de saúde e a implementação de um trabalho organizado de forma integrada e acessível, capaz de atender à grande maioria das necessidades individuais de saúde, desenvolver vínculos entre serviço e usuários e ser executado no contexto da família e da comunidade (QUIRINO *et al.*, 2020). Portanto, os sistemas de saúde com APS abrangente e resolutiva são considerados potencialmente eficazes e eficientes para atuar na crise sanitária provocada pela pandemia da COVID-19 (MACIEL *et al.*, 2020).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Assim, o trabalho desenvolvido pelo ACS é primordial para a execução das premissas que orientam a APS, e priorizar especificidades e demandas contextuais, mesmo diante da pandemia de COVID-19. Contudo, cabe destacar que as recentes mudanças na Política Nacional de Atenção Básica, que resultou, entre outros aspectos, na indefinição em relação ao quantitativo de ACS por equipe de saúde e na reorganização das suas competências, denotam a descaracterização territorial e de orientação comunitária, fatores que podem influenciar direcionamentos efetivos para controle da pandemia na APS (BENTES, 2020; MATA *et al.*, 2020).

Somado ao contexto mencionado, o trabalho do ACS durante a pandemia foi prejudicado em virtude das dificuldades impostas para o trabalho presencial destinado a fomentar medidas preventivas coletivas, identificação de áreas de risco, acompanhamento e manutenção da comunicação com as equipes para elencar possíveis focos de contaminação no território, assim como manter a continuidade do cuidado aos usuários com outras comorbidades (FERNANDEZ; LOTTA; CÔRREA, 2021).

Os ACS representam parte significativa da força de trabalho na linha de frente e são importantes no controle e na prevenção de pandemias como da COVID-19. Assim, ampliação e continuidade das ações de educação permanente sobre a COVID-19 são de extrema importância, para que estes profissionais estejam instrumentalizados para continuarem no enfrentamento da pandemia (MATA *et al.*, 2020), dado o seu amplo conhecimento sobre as limitações e potencialidades do território em que atuam e a proximidade com as famílias acompanhadas (FERNANDEZ; LOTTA, 2020).

Assim, o trabalho do ACS em cenários críticos pressupõe uma *práxis* claramente definida com capacitação, apoio da gestão e garantia da segurança, com fornecimento adequado de equipamentos de proteção individual (EPI), para garantir a saúde, bem-estar e capacidade de atuação dos profissionais (QUIRINO *et al.*, 2020). Segundo Fernandez e Lotta (2020) a falta



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

de apoio da gestão, as imprecisões nas orientações, a escassez de EPI gera sentimentos de medo e de despreparo e comprometem a dinâmica de trabalho desses profissionais na pandemia.

Os documentos orientadores emitidos pelo MS, ao pautarem recomendações incipientes, dificultam o direcionamento do trabalho comunitário para mitigar o risco de contaminação pelo vírus da COVID-19. As limitações presentes nos documentos oficiais propiciam múltiplas interpretações operacionais e condicionam um processo de trabalho permeado por insegurança e medo para enfrentar a pandemia. De acordo com Bentes (2020), os materiais desenvolvidos pelo MS para orientação do trabalho do ACS não refletem a realidade dos diferentes territórios do país, assim como, desconsideraram a sobrecarga advinda da pandemia e o acúmulo de demandas pré-existentes.

Por fim, embora as recomendações versassem sobre a necessidade dos ACS desempenharem um papel ativo no combate à COVID-19, nenhuma diretriz informou sobre a continuidade do trabalho de acompanhamento e monitoramento em um contexto de exigências de isolamento social. Ante a falta da coordenação nacional para sustentar a ação pública coordenada frente à COVID-19, faz-se necessária a estruturação de toda rede de saúde local, incluindo a APS e seus profissionais de saúde, que constituem a linha de frente, a exemplo do ACS. Portanto, cabe rever as atribuições dos ACS na APS, nesse momento, em que o combate à pandemia em curso ainda é intenso e preocupante devido aos altos índices de morbimortalidade em todo o país. Por isso, urge a necessidade de clareza operacional e do papel dos ACS em meio a reconfiguração emergencial do processo de trabalho das equipes multiprofissionais na APS, para garantir o desempenho de atividades cruciais de abordagem comunitária no enfrentamento da pandemia em curso.

## **Considerações finais**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Diante dos resultados obtidos, observa-se que o enfrentamento da pandemia da COVID-19 requer um conjunto de respostas articuladas, sendo fundamental a reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS). Neste *lócus*, o processo de trabalho do ACS apresenta-se como o mais adequado para minimizar a transmissão comunitária e oferecer apoio sanitário e social às comunidades em diferentes contextos. Contudo, as recomendações oficiais conduzem a redução, adaptações ou até mesmo suspensão de atividades de rotina e substituição por atividades remotas, sem o devido detalhamento operacional.

Observa-se assim que, em geral, as diretrizes nacionais previram adaptações abruptas do processo de trabalho, antes orientado pelos eixos basilares de orientação comunitária e competência cultural, para a inclusão de racionalidades utilitaristas e a conformação de estratégias assistenciais, em detrimento da priorização de demandas e necessidades em saúde da população adstrita aos territórios de atuação das equipes. A nova lógica operante (prevista pelo arcabouço técnico) e a premente necessidade de desenvolver ações urgentes no âmbito da APS, destoam da essência do trabalho do ACS, pois desconSIDERAM a territorialização, fundamental para a vigilância e intervenção preventiva no enfrentamento da COVID-19.

O trabalho do ACS e da Atenção Básica, nesse contexto emergencial, é importantíssimo e perpassa pela intensificação das ações de educação em saúde, integração das ações de vigilância em saúde para priorizar a identificação dos casos suspeitos ou confirmados, bem como garantir o percurso dos usuários nos diversos pontos de atenção à saúde no SUS.

O deficiente gerenciamento da coordenação e planejamento de ações no combate à COVID-19 pelo governo federal, para mitigar os impactos negativos da crise, aprofundou as vulnerabilidades dos profissionais da linha de frente da pandemia. É, portanto, veemente a necessidade de repensar as estratégias atualmente implementadas no Brasil para o enfrentamento da atual crise sanitária. A APS precisa assumir seu protagonismo como ordenadora do cuidado do SUS, o que perpassa pelo alinhamento das atribuições profissionais no combate à pandemia. Mas, as ambiguidades presentes nos documentos oficiais prejudicam



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

a concretização do trabalho do ACS e constitui uma preocupação frente a impossibilidade de execução de ações resolutivas, abrangentes e acessíveis em um cenário que apresenta milhares de mortes e infectados em todo o país.

## Referências

BARROS, D.F. *et al.* O contexto da formação dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 78-84, 2010.

BENTES, R. N. A COVID-19 no Brasil e as atribuições dos agentes comunitários de saúde: desafios e problemáticas enfrentadas no cenário nacional de pandemia. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, edição especial: Covid-19, jun, p.175-182, 2020.

BHAUMIK, S. *et al.* Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 6, p. e002769, 2020.

BOYCE, M. R.; KATZ, R. Community health workers and pandemic preparedness: current and prospective roles. **Frontiers in Public Health**, v. 7, p. 62, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao Covid-19. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020a. Disponível em:  
<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Recomenda%20ACS%20COVID19.pdf>  
Acesso em 25 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de Covid-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2020b. Disponível em:  
[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes\\_ACS\\_COVID\\_19.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/esus/Orientacoes_ACS_COVID_19.pdf)  
f/ Acesso em 25 de maio de 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de manejo clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (Versão 9).

Brasília: **Ministério da Saúde**; 2020c. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf/>

Acesso em 25 de maio de 2021.

COSTA, N. R. *et al.* Os Agentes Comunitários de Saúde e a Pandemia da Covid-19 nas favelas do Brasil. Rio de Janeiro: **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**, 2020. Disponível em:

[https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/os\\_agentes\\_comunitarios\\_de\\_saude\\_e\\_a\\_pandemia\\_da\\_covid-19\\_nas\\_favelas\\_do\\_brasil.pdf/](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/os_agentes_comunitarios_de_saude_e_a_pandemia_da_covid-19_nas_favelas_do_brasil.pdf/) Acesso em 20 de maio de 2021.

COSTA, S. M. *et al.* Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2147–2156, 2013.

DUNLOP, C. *et al.* The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **British Journal of General Practice Open**, v. 4, n. 1, 2020.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. **Archives of Family Medicine and General Practice**, v. 5, n. 1, p. 115–122, 2020.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, p. e00321153, 2021.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4185–4195, 2020.

MATA M. M. *et al.* Reorganização do trabalho de Agentes Comunitários de Saúde no interior do Amazonas frente à COVID-19. **Comunicação em Ciências Saúde**, v.31, n. 03, p. 19-23, 2021.

PRADO, N. M. B. L. *et al.* The international response of primary health care to COVID-19: document analysis in selected countries. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, p. e00183820, 2020.

QUIRINO, T. R. L. *et al.* O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia da COVID-19. **Revista Portal Saúde e Sociedade**, v. 5, n. 1, p. 1299-1314, 2020.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

SILVA, T. L. *et al.* Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do agente comunitário de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 58–69, 2020.

ZHU, N. *et al.* A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727–733, 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO E SUA RELAÇÃO COM A DISSEMINAÇÃO DA COVID-19: UMA ANÁLISE SOBRE A PERCEPÇÃO DO BRASIL E DE MOÇAMBIQUE

Deise Pereira Gonçalves Santos<sup>1</sup>  
Debora Pereira Gonçalves Santos.<sup>2</sup>  
José Celestino Lyavila<sup>3</sup>  
Abudo Gastão<sup>4</sup>  
Natalino Manuel Rapieque<sup>5</sup>  
Diele Gonçalves Santos<sup>6</sup>

**Resumo:** A pandemia da COVID-19 assola o mundo desde a segunda quinzena de dezembro de 2019, com isso criou-se uma crise humanitária global sem precedentes, levando quase todo o planeta a um colapso sanitário. Acredita-se que o acesso desigual ao saneamento básico pode contribuir para a propagação da COVID-19. O objetivo foi analisar a percepção de brasileiros e de moçambicanos sobre a relevância do saneamento básico no contexto da pandemia da Covid-19. Foi realizado um estudo transversal, com a aplicação de questionário contendo 10 perguntas, disponibilizada no Google Forms, enviado pelas redes sociais dos entrevistados no Brasil (Bahia) e em Moçambique (Cabo Delgado), a coleta se deu em abril de 2021. A amostra total foi de 60 respondentes, sendo 29 brasileiros e 31 moçambicanos, totalizando 100% da amostra. Os dados foram tabulados e analisados no programa do Excel®. No universo pesquisado, 50% são pessoas do sexo masculino, 47% do sexo feminino e 3% não declararam o gênero. Em relação à incidência da doença, foram questionados se já tiveram a Covid-19, 68% das pessoas disseram que não, enquanto 32% afirmaram sim. Foi examinado se buscaram atendimento médico quando tiveram sintomas da doença, 39% procuraram uma unidade de saúde, 30% compraram medicamentos por conta própria e se automedicou e 31% utilizaram alternativas para se curar. Aos que afirmaram terem tido a doença, foi perguntado se fizeram

<sup>1</sup> Mestranda em Ciências Ambientais, Instituto Federal Baiano, Salvador, Brasil, [deisemilem@icloud.com](mailto:deisemilem@icloud.com)

<sup>2</sup> Licencianda em Ciências Contábeis, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Brasil

<sup>3</sup> Mestrando em Ecologia Terrestre, Ciências Naturais- FCN, Universidade Rovuma-Cabo Delgado, Montepuez, Moçambique

<sup>4</sup> Licenciando em Ensino de Biologia; Biologia, Meio ambiente, Plantas medicinais - FCN, Universidade Rovuma-Cabo Delgado, Montepuez, Moçambique

<sup>5</sup> Licenciando em ensino de Química; Ciências Naturais - FCN, Universidade Rovuma-Cabo Delgado

<sup>6</sup> Mestranda em Recursos Hídricos, Universidade Federal de Sergipe, Salvador, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

exame para comprovar a infecção pelo vírus Sars Cov 2, 78% disseram que não, enquanto 22% afirmaram ter tido a certeza da doença através de exames. Quanto ao questionamento se acreditam que a falta de saneamento básico influencia na incidência da Covid-19, 86% responderam que sim, enquanto 13,2% acreditam que não interfere. Questionou-se aos entrevistados também, se todos têm acesso ao saneamento básico, 65,8% responderam que sim e 34,2% disseram que não, dos que não tem acesso, 14% são brasileiros e 20% são moçambicanos. Além disso, no que diz respeito ao conhecimento sobre o direito ao acesso à água e sobre o saneamento básico como algo essencial à vida humana, 63,2% deram resposta positiva indicando conhecer esse direito, porém, 36,8% declararam desconhecer essa informação. Sendo, a falta de acesso às necessidades básicas da vida, contribui para o aumento do risco da disseminação das infecções pela COVID-19. Isto posto, observa-se uma necessidade de investimento por parte do governo brasileiro e do governo moçambicano para a população mais carente, uma vez que este investimento implicará significativamente nos gastos voltados para a saúde.

**Palavras-chave:** Covid-19; Saneamento básico; Saúde; Condições de vida; Direito.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A Pandemia da Covid-19 afetou, no contexto mundial, não somente a saúde da população, mas, conjuntamente, aspectos econômicos, sociais e políticos (SANTOS *et al.* 2020). Ocasinou o isolamento social em escolas e entre outros setores, provocando mudanças nas formas de estudar e trabalhar. Isto, por sua vez, conduziu a uma deterioração da qualidade e uma redução do acesso aos serviços sociais básicos como a saúde, a educação, água, saneamento e higiene.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), recomendou-se realizar a correta higienização das mãos e realizar o distanciamento como uma das principais práticas de prevenção à contaminação da SARS COV-2. Em contrapartida, a situação dos bairros vulneráveis nas grandes cidades, e os problemas de abastecimento em cidades menores e zonas



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

rurais, ficaram expostas ao evidenciar que não há um fornecimento contínuo de água de qualidade. Nesse sentido, Oliveira *et al.* (2020) explica que no Brasil a qualidade das moradias, a existência ou não de rede de água e de esgoto, a temperatura, a exposição prévia ao vírus e outros fatores contribuem para o aumento das taxas de transmissão e de infecção.

Assim, o saneamento ajuda as pessoas no combate à Covid-19, principalmente no ato de manter os hábitos de higiene. A principal é a lavagem adequada e frequente das mãos, que se comprovou serem uma das medidas mais importantes para prevenir a infecção pelo vírus. No entanto, isso requer o acesso contínuo a serviços de saneamento e higiene, o que na maioria das vezes nem todos conseguem ter esse acesso. A Covid-19 aumentou os problemas de desigualdade social, econômica e de saneamento básico, já conhecido no Brasil. A falta de acesso a esses serviços no país, ainda é alarmante, no que diz respeito ao abastecimento de água (UNICEF, 2020).

Entretanto, em Moçambique a partilha de instalações sanitárias acontece entre várias pessoas ou agregados familiares, o que limita a aplicação efetiva do distanciamento social, forçando as interações e dificultando a manutenção da higiene adequada, sobretudo no caso de ausência de fontes de água nos arredores. Logo, um saneamento inapropriado é também fonte de outras doenças infecciosas que podem dificultar na recuperação da COVID-19.

O acesso à informação é fundamental para que os agregados familiares compreendam a importância do distanciamento social e da higiene preventiva, principalmente na compreensão de como implementar adequadamente as medidas sugeridas pelo Governo. Além disso, as pessoas que habitam e frequentam áreas urbanas e metropolitanas têm uma maior probabilidade de entrar em contato com outras pessoas e contrair o vírus, como também em espaços públicos, transportes públicos e paragens ou terminais, têm alto índice de exposição, como ficou comprovado nos inquéritos soro-epidemiológicos realizado em 2020, nas cidades de Moçambique.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Diante dos elevados números, a OMS mantém a orientação dada desde o princípio da pandemia global, que deveria identificar, isolar e cuidar dos casos detectados, com o uso de máscaras, saneamento, higiene e a também com o isolamento social conforme a situação de cada país. Entende-se que a manutenção de uma higiene preventiva adequada, como a lavagem regular das mãos com água e sabão, é a melhor forma de se proteger contra a COVID-19, o que é mais difícil para as famílias sem acesso à água canalizada em casa ou ficam em espaços de maior aglomeração. Dada a importância do saneamento básico para o controle da Covid-19, buscou-se investigar a percepção de brasileiros e de moçambicanos quanto à relevância do saneamento básico no contexto da pandemia da Covid-19.

## **Pandemia da Covid-19**

A COVID-19 é classificada como uma infecção respiratória causada pelo vírus SARS-CoV-2 (SCHUCHMANN *et al.*, 2020). O primeiro registro da doença ocorreu em dezembro de 2019, quando ocorreu um surto de pneumonia de origem desconhecida (SIFUENTES-RODRÍGUEZ; PALACIOS-REYES, 2020). Sendo oficializada em março do ano de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma epidemia com alto nível de infecção a nível mundial (SCHMIDT *et al.*, 2020). Os casos da doença foram notificados em pelo menos 180 países, requerendo estratégias urgentes de contenção do vírus. A disseminação da doença se dá através do contato de gotículas de saliva, vias respiratórias, olhos ou objetos contaminados (KRAEMER *et al.*, 2020).

Também considerando, que ainda não há vacina disponível para imunizar toda a população mundial. Nesse sentido, a estratégia adotada por essas organizações foi o distanciamento social, com objetivo de evitar o contato entre as pessoas e o aumento de casos





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

nos postos de saúde, assim como o cancelamento do ensino presencial em escolas e universidade e eventos (REIS-FILHO; QUINTO, 2020).

## Saneamento Básico: Brasil e Moçambique

Devido ao crescimento da população nas cidades de maneira desordenada, sem uma infraestrutura adequada e a prestação de serviços básicos tanto para a manutenção como para a salubridade ambiental, foram fatores que contribuíram para a diminuição da prevenção dos cuidados da Covid-19. Além do mais, muitas vezes o abastecimento de água é ausente ou o serviço prestado é de má qualidade, levando a população a armazenar a água em locais inapropriados e sem segurança ou higiene correta.

Ainda, nos espaços urbanos, o saneamento básico (conjunto de serviços, infraestrutura e instalações operacionais envolvendo abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos e drenagem e manejo das águas pluviais), muitas vezes, é inadequado ou ausente. Por conseguinte, diversos autores têm tratado da relação entre problemas na prestação dos serviços públicos de saneamento básico e a ocorrência dos casos da COVID-19 (OLIVEIRA, 2020).

Partindo do pressuposto, que a pandemia da Covid-19 atingiu profundamente os países em que a infraestrutura e o saneamento precisam melhorar e muito. Nesse caso citamos, Moçambique que está localizado na África, possui uma população total de 26 milhões de habitantes. E que após a sua colonização o país ficou com marcas intensas no âmbito social, no âmbito da saúde e no âmbito da educação. Também, os indicadores de saúde são encontrados abaixo da média africana, subsaariana e mundial (JICA; MISAU, 2015). Por outro lado, o Brasil, possui um total de 207.660.929 habitantes, ainda, podemos citar que no país existem 52 milhões de pessoas na linha da pobreza e 13 milhões abaixo da linha da pobreza, o que ficou mais crítico nessa pandemia (IBGE, 2010).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Dessa forma, pode-se observar que os dois países têm realidade próximas, pois muitos municípios, detêm poucos recursos financeiros, possui diversas famílias dividindo as mesmas residências e o principal, sem condições sanitárias mínimas de sobrevivência digna, fruto de um processo de urbanização excludente e desigual.

## **Metodologia**

Para atender ao trabalho proposto, em termos metodológicos, optou-se por uma abordagem bibliográfica. A pesquisa bibliográfica, considerada uma fonte de coleta de dados secundários, pode ser definida como: contribuições culturais ou científicas realizadas no passado sobre um determinado assunto, tema ou problema que possa ser estudado (LAKATOS; BERVIAN, 2002). Por isso, inicialmente, buscou-se informações em artigos de periódicos, revistas científicas e livros de autores renomados sobre o tema, com o intuito de difundir novos conhecimentos sobre a temática.

Quanto aos procedimentos técnicos, a pesquisa foi caracterizada como transversal. Nesse sentido, Barros e Hirakata (2003) afirmam que esse tipo de estudo é mais aplicado em pesquisas de caráter epidemiológico. Além disso, o estudo é transversal por se tratar de uma ferramenta de ampla utilização, principalmente por identificar características de um grupo, também distinguir uma comunidade de risco e planejar ações no campo da saúde, logo esse método proporciona valiosos conhecimentos que contribui para o progresso científico (HADDAD, 2004).

A coleta de dados ocorreu em abril de 2021, com um total de 60 respondentes, sendo 29 brasileiros e 31 moçambicanos, o questionário foi elaborado com 10 perguntas estruturadas, com informação sobre o saneamento básico, sintomas, tratamento e experiências frente a Covid-19, o envio foi através da plataforma do Google Forms e pelas redes sociais dos entrevistados no Brasil (Bahia) e em Moçambique (Cabo Delgado).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

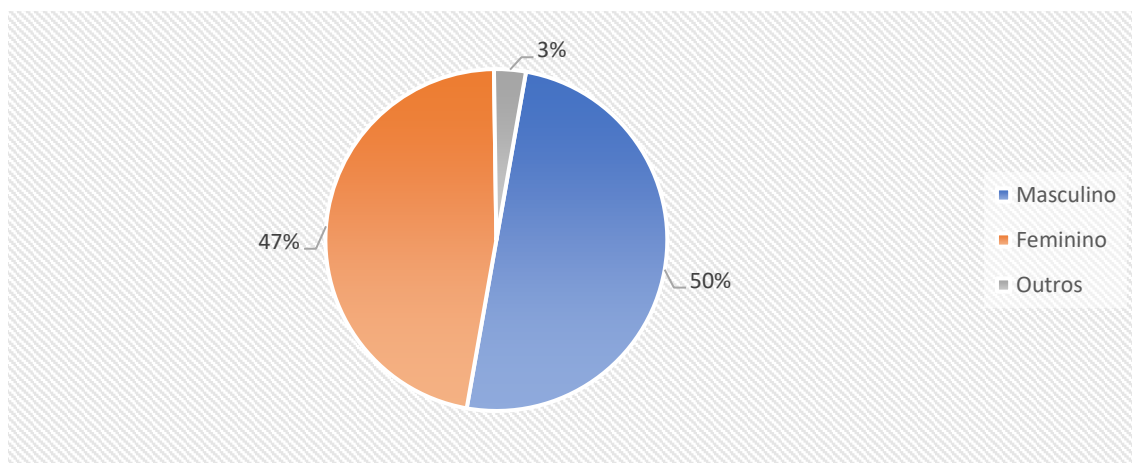
18 e 19 de junho de 2021

Para análise dos dados foram transcritos em forma de tabelas e transpostos em gráficos no Programa Excel e foi realizada uma análise das questões. Buscou-se, ainda, obedecer aos cuidados éticos de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional, que estabelece a total integridade dos participantes da Pesquisas, estes tiveram participação voluntária, preservando a identidade e qualquer risco físico e psicológico aos mesmos. Tendo total liberdade de recusar participar da pesquisa.

## Resultados e discussão

Os dados foram tabulados e analisados em planilhas no programa do Excel®. No universo de 6 respondentes 29 são brasileiros e 50% são pessoas do sexo masculino, 47% do sexo feminino e 3% não declararam o gênero.

Gráfico 1- Gênero



Fonte: Elaborado pelos autores

Foram questionados se já tiveram a Covid-19, 68% das pessoas disseram que não, enquanto 32% afirmaram sim. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), a maioria dos pacientes com COVID-19 (cerca de 80%) podem ser assintomáticos, podendo acontecer a

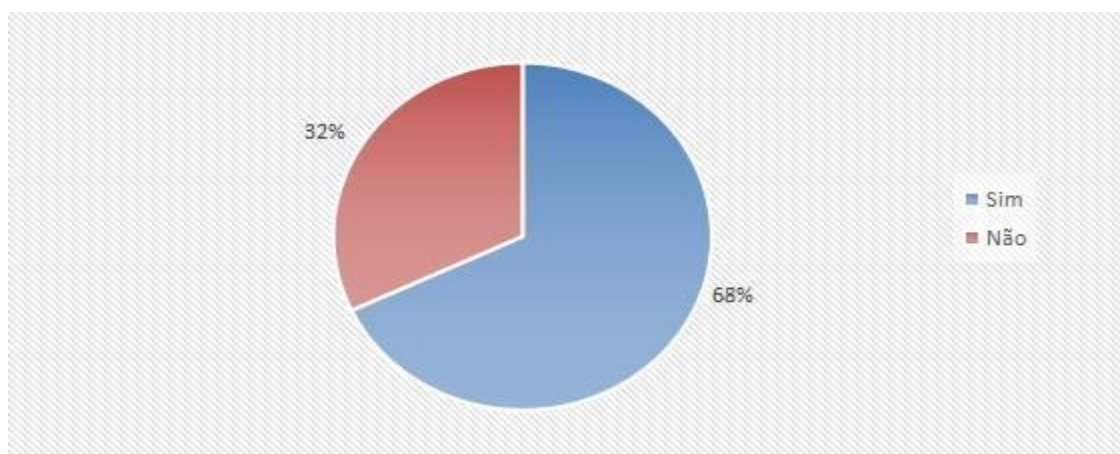
# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

contaminação em grande escala e confundir os sintomas que se assemelha a de uma gripe o que observa no dado de 68% que responderam que não foram não infectados com o vírus da Covid-19.

**Gráfico 2- Contraino o Vírus da Covid-19**



Fonte: elaborado pelos autores

No gráfico 3 indagou-se, se buscaram atendimento médico quando tiveram sintomas da doença, destes 39% procuraram uma unidade de saúde, 30% compraram medicamentos por conta própria e se automedicou e 31% utilizaram alternativas para se curar. Sabe-se, que a COVID-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-Cov-2 e que as pessoas infectadas podem apresentar sintomas diferenciados, assemelhando-se a casos de resfriado comum, fazendo com que as pessoas atingidas tenham febre, tosse e falta de ar, ainda em casos mais graves a infecção pode levar a pneumonia, falência múltiplos de órgãos, síndrome respiratória aguda grave e até morte.

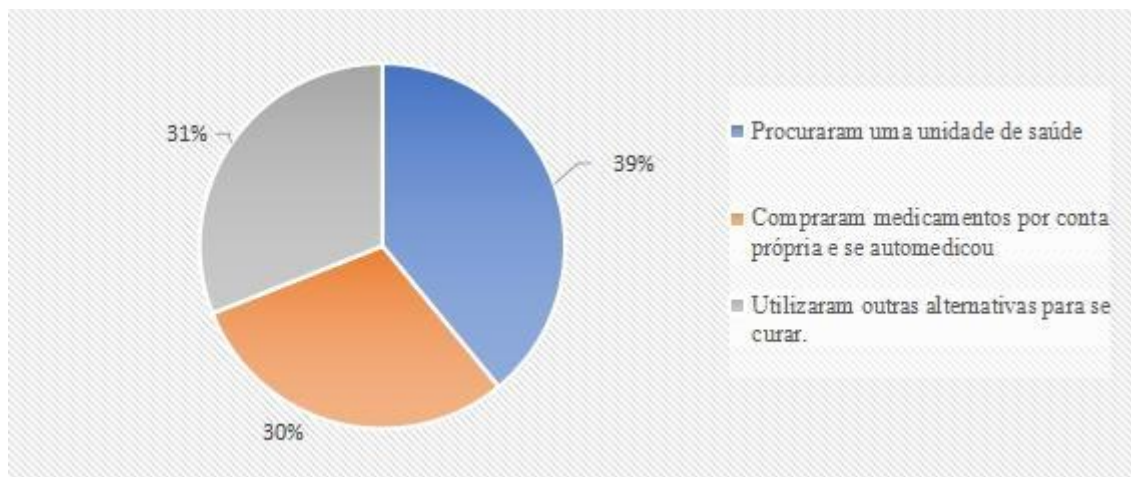
Desta forma os sintomas mais leves podem levar a confundir com um simples resfriado o que pode ser demonstrado nos dados 30% se automedicaram e 31% utilizaram alternativas, sem saber o real diagnóstico.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Gráfico 3- Buscou atendimento médico quando identificou os sintomas da Covid-19**



Fonte: elaborado pelos autores

Foi questionado se a falta de saneamento básico influenciava na incidência da Covid-19, 86% citaram que sim, enquanto 14% acreditavam que não interferia. Para a OMS a melhor forma de inibir a proliferação é ter bons hábitos de higiene, lavando as mãos com água e sabão frequentemente.

Neste cenário de pandemia, fica ainda mais evidente a importância do saneamento básico para a população sendo a prevenção a medida essencial para conter a disseminação do vírus. As famílias dependentes da água potável que utilizam a água não tratada correm o risco de contrair outras doenças transmitidas pela água como a cólera, aumentando a probabilidade de precisarem de outros cuidados médicos.

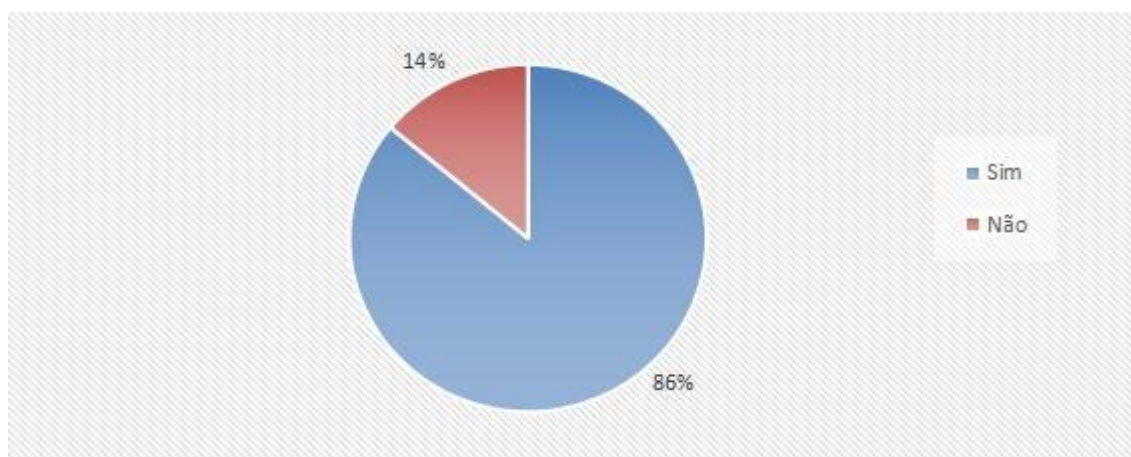
**Gráfico 4 – A falta de saneamento básico influência na incidência da Covid-19**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

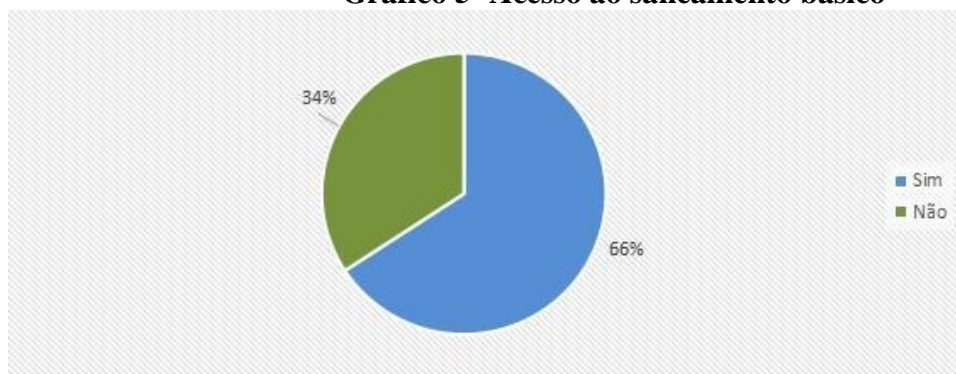
18 e 19 de junho de 2021



Fonte: elaborado pelos autores

Foi questionado aos entrevistados se todos tinham acesso ao saneamento básico, 65,8% responderam que sim e 34,2% disseram que não, dos que não tem acesso, 14% são brasileiros e 20% são moçambicanos. Observa-se uma necessidade de investimento por parte do governo brasileiro e do governo moçambicano para a população mais carente, uma vez que este investimento implicará significativamente em retornos voltados para a saúde.

**Gráfico 5- Acesso ao saneamento básico**



Fonte: elaborado pelos autores

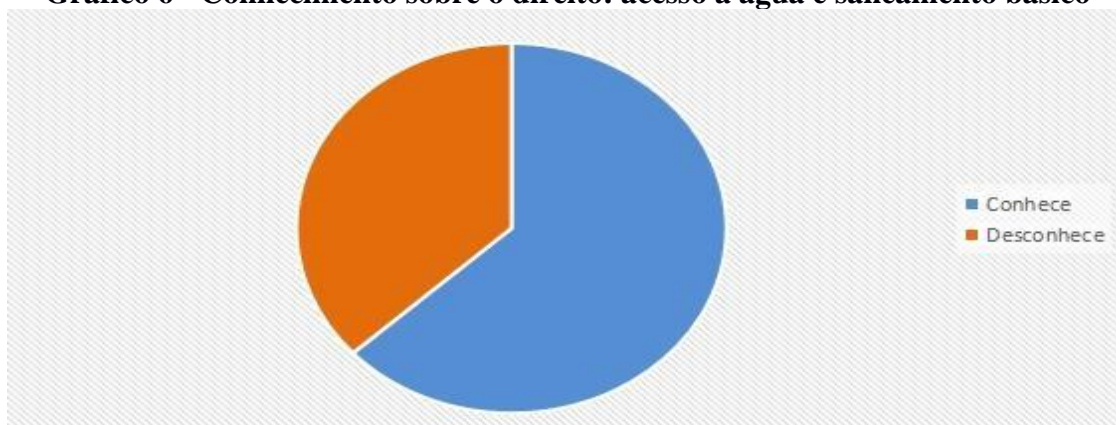
# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Além disso, no que diz respeito ao conhecimento sobre o direito ao acesso à água e sobre o saneamento básico como algo essencial à vida humana, 63,2% deram resposta positiva indicando conhecer esse direito, porém, 36,8% declararam desconhecer essa informação. Sendo, a falta de acesso às necessidades básicas da vida, contribui para o aumento do risco da disseminação das infecções pela COVID-19.

**Gráfico 6 - Conhecimento sobre o direito: acesso à água e saneamento básico**



Fonte: elaborado pelos autores

Assim, o enfrentamento da crise do Covid-19 tornou-se um desafio sem precedentes e colocou os administradores públicos em mares ainda não navegados. O governo tem sido obrigado a tomar decisões e dar respostas à sociedade em velocidade muito alta e com informações muito limitadas começando pelo campo da saúde, que é a principal pasta que precisa de um planejamento.

O pouco gasto com saúde e menor efetividade é um quadro conhecido de sucateamento do sistema de saúde, a pouca quantidade de leitos hospitalares e escassez de profissionais de saúde e outro ponto é o pouco acesso à água, saneamento e higiene. O Brasil se enquadra nessa descrição acentuando ainda mais nos despreparo e na falta de preparo nos hospitais. O nível de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

saneamento de um país vai dizer se ele é desenvolvido ou não, e a falta de acesso ao serviço de saneamento básico é uma das principais causas da mortalidade infantil.

Nesse âmbito, a Organização das Nações Unidas (ONU), reconheceu que o acesso à água e ao saneamento básico como um direito universal. Desde então, os países membros precisam trabalhar para que as pessoas tenham acesso a estes direitos em 2030, conforme definido no Objetivo 6 "Água potável e saneamento apresentado entre os objetivos de desenvolvimento sustentável (ONU 2015).

## **Considerações finais**

O presente trabalho objetivou analisar a percepção dos brasileiros e dos moçambicanos sobre a relevância do saneamento básico, no contexto da atual pandemia da Covid-19. Nesse sentido, a finalidade da pesquisa foi alcançada. Assim, observou-se que o acesso precário às necessidades básicas da vida, contribui para o aumento do risco de disseminação das infecções pela COVID-19.

Assim fica exposto, a urgente necessidade de mais investimento por parte do governo brasileiro e do governo moçambicano para a população mais carente, uma vez que este investimento implicará significativamente nos gastos voltados para a saúde. Assim, compreende-se que o abastecimento de água é imprescindível para todos os cidadãos, tornando o saneamento básico um instrumento de promoção à saúde. Logo, problemas sanitários ocasionam danos diretos à saúde e potencializa no aumento de casos da doença, inclusive da Covid-19.

## **Referências**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BARROS, A.J, HIRAKATA, V.N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Med Res Methodol.**, v.3.; p. 21-33, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14567763>. Acesso em: 20 mai. 2021.

CERVO, A. L. BERVIAN, P. A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

HADDAD, N. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**. 1st ed. São Paulo: Roca, 2004.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010. Pesquisa de orçamentos familiares: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.

JICA; MISAU. **Strengthening pedagogical and technical skills of teachers of health training institute in Mozambique**. Project completion report. Misau: [s. n.], 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/jR6ZwPyqgYP8yjN6WGYcZxk/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 20 mai. 2021.

OLIVEIRA, *et al.* Determinações sociais da saúde e os desafios na propagação e combate ao covid-19. Brasil. 2020. **Rev. Simbio-Logias**, v. 12, Nr. p.16, 2020. Disponível em [https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/determinacoes\\_sociais\\_da\\_saude\\_e\\_os\\_desafios.pdf](https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/determinacoes_sociais_da_saude_e_os_desafios.pdf). Acesso em: 20 abr. 2021.

OMS-Organização Mundial da Saúde. **Atualização Oficial da Covid-19 em 2020**. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update14april2020\\_es.pdf?sfvrsn=86c0929d\\_10-pesquisa](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10-pesquisa) em 21 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/pt>. Acesso em: 2 mai .2021.

OLIVEIRA, L. D. Espaço e Economia: Novos Caminhos, Novas Tensões. **Espaço e Economia**, v.1, p.1–13, 2020. Disponível em: <https://journals.openedition.org/espacoeconomia/93>. Acesso em: 6 mai .2021

LIMA, D. L. F. COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-cearacomportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540>. Acesso em: 03 mai. 2021.

REIS-FILHO, J. A., QUINTO, D. (2020). COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

workers in the face of the dystopian scenario. **SciELO Preprints**, p.1–26, 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/54>. Acesso em: 6 mai. 2021.

SCHMIDT, B., CREPALDI, M. A., BOLZE, S. D. A., NEIVA-SILVA, L., & Demenech, L. M. Impactos na Saúde Mental e Intervenções Psicológicas Diante da Pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19). **SciELO Preprints**, v.1, p.1–26, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/L6j64vKkynZH9Gc4PtNWQng/?lang=pt>. Acesso em: 05 mai. 2021.

SCHUCHMANN, A. Z., SCHNORRENBERGER, B. L., CHIQUETTI, M. E., GAIKI, R. S., RAIMANN, B. W., & MAEYAMA, M. A. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, v.3, p.3556–3576, 2020. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/9128>. Acesso em: 5 mai. 2021.

UNICEF. **O papel fundamental do saneamento e da promoção da higiene na resposta à Covid-19 no Brasil**. Brasília (DF): Escritório da Representação do UNICEF no Brasil; 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/relatórios/o-papel-fundamental-do-saneamento-e-da-promocao-da-higiene-na-resposta-a-covid-19-no-brasil>. Acesso em: 04 mai. 2021.

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. **A life of dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the 14 United Nations development agenda beyond 2015**. Report of the Secretary – General. Assembleia Geral: A/68/202, 2013. Disponível em: <https://www.un.org/en/ga/search/viewdoc.asp?symbol=A/68/202>. Traduzido pelo Centro de Informação das Nações Unidas para o Brasil (UNIC Rio), última edição em 13 de outubro de 2015. [development.un.org](http://development.un.org) Acesso em: 10 mai. 2021.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**MATERNIDADE EM TEMPOS DE COVID-19: Apresentação de Cartilha Informativa  
para Gestantes e Mães**

Regina Helena Vitale Torkomian Joaquim<sup>1</sup>  
Erika da Silva Dittz<sup>2</sup>  
Lívia C Magalhães<sup>3</sup>

**Resumo:** Em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde classificou o surto causado pelo novo SARS-CoV-2 como pandemia. A doença causada é a COVID-19, cujo quadro clínico varia de infecções com manifestações assintomáticas a quadros respiratórios graves, que podem evoluir para óbito. Países e instituições continuamente atualizam os números sobre a doença e indagam sobre as consequências nos diferentes aspectos nos quais estamos sendo impactados. O Brasil, país de ampla diversidade cultural, desigualdade econômica, fragilidades socioeducacionais e variabilidade de acesso aos equipamentos de saúde, enfrenta desafios no cumprimento das orientações e efetividade à vigilância das normas e regulamentos recomendados pelas agências mundiais para o controle e combate à pandemia, desde as primeiras e mais simples medidas de proteção, até as mais rigorosas de distanciamento social. Sabe-se que as medidas de isolamento e confinamento domiciliar, especificamente, podem impor riscos à integridade física e psicológica das mulheres, devido à sobrecarga a elas imposta, pois, tradicionalmente, lhes são atribuídos os trabalhos do lar e o cuidado da família. Diante dessa situação inédita e a possibilidade de consequências a longo prazo, houve amplo movimento de diferentes áreas e campos de atuação na elaboração e divulgação de materiais informativos e de orientação, que pudessem trazer algum benefício às populações expostas a esses novos fatores e a tensão do risco da doença associada ao estresse do isolamento social. Nesse contexto insere-se a proposta da cartilha "Maternidade em tempos do COVID-19", criada a partir de estudos sobre maternidade numa perspectiva ocupacional, que considera que há um conjunto de atividades e tarefas relacionados a esse evento da vida, que demanda habilidades e ações para o desempenho significativo desse novo papel na construção do cotidiano familiar.

<sup>1</sup> Terapeuta Ocupacional, Pós-Doutorado em Saúde Materno-Infantil e Saúde Pública/Escola de Enfermagem USP-RP, Docente do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil, [regin@ufscar.br](mailto:regin@ufscar.br)

<sup>2</sup> Terapeuta Ocupacional, Pós-Doutorado em Ciências da Reabilitação/Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional UFMG, Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, Brasil

<sup>3</sup> Terapeuta Ocupacional, Pós-Doutorado em Terapia Ocupacional/Universidade de McMaster, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação e do Programa de Pós-Graduação em Estudos da Ocupação - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Assim, conteúdos da literatura sobre as mudanças decorrentes da gestação e sobre os cuidados necessários à mulher e ao recém-nascido, no puerpério e nos primeiros meses de vida, foram traduzidos numa linguagem compreensível, com ilustrações que representam situações cotidianas com afeto, amabilidade e sensibilidade. A cartilha apresenta informações gerais sobre a pandemia e orientações quanto aos cuidados e interação com recém-nascidos e bebês, para gestantes e novas mães, abordando tanto questões de higiene, manutenção de rotinas e interação com o bebê no contexto da COVID-19, como sugestões para manejo das rotinas e estresse materno frente ao isolamento social. A cartilha foi oferecida a gestantes e puérperas de um hospital público, visando dar algum apoio no enfrentamento dessa situação no contexto de um novo evento em suas vidas: a maternidade. Observou-se que o momento de oferecimento da cartilha minimizou as restrições impostas às mães durante a permanência no hospital e que os conteúdos apresentados foram potentes para auxiliá-las nos cuidados imaginados aos seus recém-nascidos. Essa experiência indica a necessidade dos serviços de saúde oferecerem e incentivarem diferentes formas de apoio às gestantes e mães, para que vivenciem as práticas de cuidado e as rotinas institucionais de forma a atender à singularidade do momento vivido, que foi modificado em função da pandemia que assola o mundo e, de forma ainda mais impactante, o nosso país.

**Palavras-chave:** Pandemias; Saúde da mulher; Guia informativo; Humanização da assistência; Poder familiar; Educação em saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

Em 11 de março de 2020 a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou o surto causado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) como pandemia global. Esse vírus causa uma doença denominada COVID-19, cujo quadro clínico varia de infecções com manifestações assintomáticas a quadros respiratórios graves, que podem evoluir para óbito.

Dados iniciais indicam que a maioria das pessoas, cerca de 80%, se recupera da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Uma em cada seis pessoas infectadas por COVID-19 fica gravemente doente e desenvolve dificuldade para respirar. As pessoas que têm maior risco de ficarem gravemente doentes são os idosos e aqueles com outras condições de saúde, como



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

pressão alta, problemas cardíacos e pulmonares, diabetes ou câncer. No entanto, qualquer pessoa pode contrair a COVID-19 e ficar gravemente doente (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Diversos países e instituições atualizam frequentemente os números sobre a doença e investigam sobre suas consequências nos diferentes aspectos nos quais os indivíduos podem ser afetados (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020). O Brasil, país de ampla diversidade cultural, distribuição econômica desigual, fragilidade socioeducacional e grande variabilidade de equipamentos de saúde, enfrenta desafios no que se refere ao cumprimento das orientações e efetividade à vigilância das normas e regulamentos divulgados pelas agências mundiais para o controle e combate à pandemia (BARROSO *et al.*, 2020). Essas recomendações incluem desde as primeiras medidas de proteção divulgadas, como lavar e higienizar as mãos constantemente, com água e sabão ou utilizando álcool em gel, e cobrir a boca com o antebraço quando tossir ou espirrar, até as orientações para ficar em casa, fazer auto isolamento e monitorar os sintomas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

Ainda, diante do avanço no mundo do novo coronavírus, vários países, inclusive o Brasil, ao atingirem números alarmantes de mortes registradas pela doença em curtos períodos de tempo, têm adotado medidas mais rigorosas de distanciamento social. O Conselho Nacional de Saúde (CNS) defende e recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (*lockdown*), nos municípios com maior aceleração de novos casos e com taxa de ocupação dos serviços atingido os níveis críticos (BRASIL, 2020), com confinamento ou fechamento total, isto é, uma espécie de bloqueio para que as pessoas fiquem em casa.

Uma outra ação das agências governamentais mundial e nacional e também da sociedade civil, foi a preocupação com a promoção da saúde mental das pessoas no contexto da pandemia, com a disponibilização de informações direcionadas a profissionais de saúde,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

cuidadores, população em geral e pessoas idosas, entre outros (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

No caso específico das medidas de isolamento e confinamento domiciliar, sabe-se que podem impor riscos à integridade física e psicológica das mulheres. Um desses riscos diz respeito à sobrecarga no trabalho doméstico e nas atividades de cuidado, já que a divisão do trabalho socialmente construída e difundida na cultura nacional, atribui tradicionalmente os trabalhos de manutenção do lar e de cuidado dos membros da família às mulheres. Há ainda, de forma menos visível, a carga mental do trabalho emocional, uma vez que geralmente são elas que assumem as tarefas de prover as necessidades de todos e se preocupar com a saúde de toda a família. Assim, em situação de isolamento social, percebe-se tendência de imposição de distribuição ainda mais desigual das cargas sobre as mulheres (PIRES, 2020).

Dado o ineditismo da situação e a possibilidade de consequências a longo prazo, observa-se amplo movimento de profissionais de diferentes áreas e campos de atuação, no sentido de elaborar e divulgar materiais informacionais e de orientação às pessoas, que possam trazer algum benefício às populações expostas a esses novos fatores e a tensão do risco da doença associada ao estresse do isolamento social.

Vários materiais estão disponíveis na *internet*, inclusive no site da Organização Mundial de Saúde (OMS), mas notando a ausência de materiais em português com foco específico em apoiar gestantes e puérperas no enfrentamento dessa nova situação, criou-se a cartilha "Maternidade em tempos do COVID-19" (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020), que está disponível *online*, na íntegra, no endereço eletrônico do Projeto INFORMASUS UFSCar (InformaSUS - UFSCar | Comunicação Social em COVID-19).

Pretende-se neste texto relatar parte do processo de construção da cartilha bem como, dados iniciais de seu uso com a população para a qual se destina: gestantes e mães nos meses iniciais da maternidade durante a pandemia de COVID-19.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Método

O material apresentado foi desenvolvido durante o segundo pós-doutoramento da primeira autora, que buscava a compreensão da maternidade sob a lentes da Terapia Ocupacional. No início do ano de 2020, durante os estudos sobre maternidade e sendo, como todo o mundo, assoladas pela pandemia e as mudanças e restrições que esta trouxe ao cotidiano de todas as pessoas, e sensibilizadas com o impacto que as medidas de proteção poderiam estar causando na maternidade e no imaginário das gestantes, buscou-se reunir alguns materiais que pudessem auxiliá-las nessa vivência.

Assim, nasceu a proposta de uma cartilha, posteriormente intitulada “Maternidade em tempos do COVID-19” (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020). A cartilha foi criada a partir de estudos sobre maternidade na perspectiva de ocupação, portanto, com a compreensão de que há um conjunto de atividades e tarefas relacionados a esse evento da vida, que demandam habilidades e ações para o desempenho significativo desse novo papel, contribuindo para a construção do cotidiano familiar.

Dados da literatura sobre as mudanças decorrentes da gestação e sobre os cuidados necessários à mulher e ao recém-nascido, no puerpério e nos primeiros meses de vida, foram traduzidos numa linguagem compreensível, com ilustrações que representam situações cotidianas com afeto, amabilidade e sensibilidade.

A cartilha foi pensada para mulheres, gestantes e mães de recém-nascido ou de bebê nos primeiros meses de vida e, no primeiro momento, para aquelas que se encontravam vinculadas ao Hospital Sofia Feldman, instituição filantrópica especializada na assistência à saúde materno-infantil. O hospital, composto de maternidade, unidades de neonatologia e casas da Gestante e do Bebê, recebe parturientes e recém-nascidos de risco habitual e alto risco de Belo Horizonte e do interior do estado. Além disso, conta com o Espaço de Sofias, unidade destinada





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

à permanência de mães que acompanham a internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Na instituição, o acompanhamento à mulher, criança e família é realizado por equipe multiprofissional composta por psicólogo, assistente social, médico, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, enfermeiro e fonoaudiólogo.

O projeto de criação da cartilha teve parecer de aprovação, consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número: 4.182.769, emitido pelo Hospital Sofia Feldman/Fundação de Assistência Integral à Saúde CAAE: 35590920.9.0000.5132.

## **Resultados e discussão**

A cartilha apresenta, para gestantes e novas mães, informações gerais sobre a pandemia e orientações quanto ao desempenho nos cuidados e interação com recém-nascidos e bebês. Aborda também, tanto questões de higiene, manutenção de rotinas e interação com o bebê no contexto da COVID-19, como sugestões para manejo das rotinas e estresse materno frente ao contexto de isolamento social.

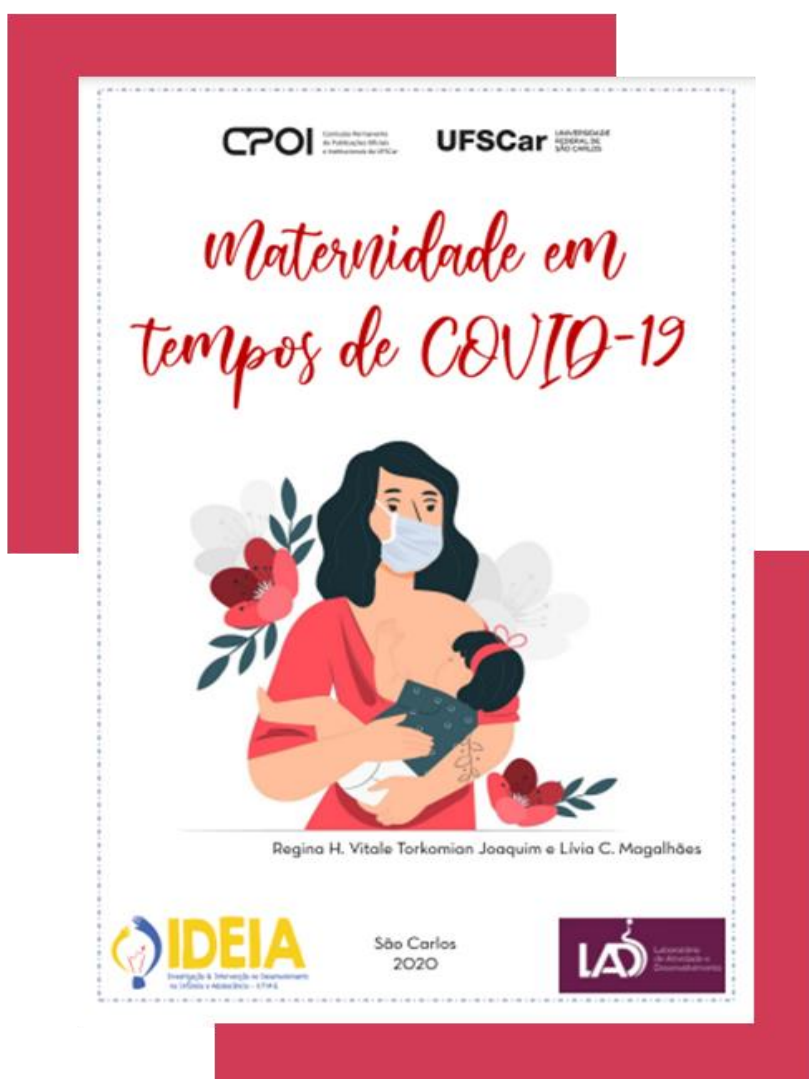
A cartilha será apresentada, a seguir, pelos grandes temas (tópicos) que a compõem.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 1 - Ilustração da Capa da Cartilha Maternidade em tempos de COVID-19



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Orientação sobre as medidas de proteção ao COVID-19

Neste tema abordamos a maternidade e as mudanças que ocorrem ao longo da gestação que exigem da mulher uma adaptação a esse novo cotidiano, em que ela vai se preparando para a maternidade a partir de experiências vividas e novos aprendizados. A maternidade é um importante evento de vida e tornar-se mãe envolve mudança de uma realidade conhecida para uma nova e desconhecida realidade (MERCER, 2004).

Ainda, sob a perspectiva ocupacional, a cartilha apresenta um conteúdo que entende a maternidade como processo de transição ocupacional, de complexidade única para cada mulher (MACEIRA DOMÍNGUEZ; RIVAS-QUARNETI; GARCÍA GONZALO, 2018), portanto, não há recomendações diretivas e não se trata de um modelo de ações a ser fielmente seguido.

A esse momento de transição, de inerente complexidade, foram somadas às medidas de prevenção à COVID-19, que no caso das gestantes significou buscar alternativas para o que normalmente ocorre ao longo dos meses gestacionais, em que a mulher prepara a si mesma e a casa para a chegada do bebê.

Como discutido na literatura, embora seja imperativo implementar políticas para reduzir o risco de transmissão da infecção para mulheres grávidas e profissionais de saúde, é também necessário que os profissionais e formuladores de políticas ouçam as vozes coletivas das mulheres durante a gravidez, sobre como a COVID-19 tem afetado seus planos para o nascimento do bebê e sua percepção das mudanças na assistência pré-natal (BURGESS *et al.*, 2021). Considerando que mulheres são um grupo vulnerável, com risco aumentado de sofrimento psicológico que pode ser exacerbado no contexto de privação de suporte social e de um ambiente externo de alto risco no caso do contexto pandêmico (CHIVERS *et al.*, 2020), é importante oferecer informações de maneira mais leve e atrativa.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 2 - Ilustração da página 3 e 4 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 3 - Ilustração da página 7 e 8 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Maternidade como um momento de transição para a mulher

Aqui, aborda-se que a maternidade exige adaptação da mulher a um novo papel que traz experiências novas e novos aprendizados, portanto, é natural que a futura e nova mãe sinta-se ansiosa e busque apoio de familiares e amigos. Considerando que problemas de saúde mental são reconhecidos como um efeito secundário bastante preocupante da pandemia de COVID-19, famílias, principalmente as mães, podem estar em maior risco, uma vez que a depressão e a ansiedade já são comumente observadas durante a gravidez e puerpério (CAMERON *et al.*, 2020; ZHOU *et al.*, 2020).

Assim, a Cartilha visa dar algum suporte às mães, para além das questões de proteção contra a COVID-19, lembrando da importância do planejamento e das atividades cotidianas para antever rotinas saudáveis.

Reafirma-se às mães, que durante a gestação o planejamento do que foi feito e do que ainda deve ser feito pode ajudar a mulher a se sentir mais em controle da situação. Destaca-se, ainda, que o exercício da maternidade, segundo alguns teóricos, têm relação com a nossa própria vivência como filhos. Dessa forma, relembrar aspectos da própria história de vida, rever fotos, organizar álbum de fotografias ou conversar com familiares, pode ajudar na preparação para a maternidade.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 4 - Ilustração da página 10 e 11 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020)



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Outro aspecto abordado é o desenvolvimento do bebê, com sugestões para que a mãe aproveite as atividades do cotidiano relacionadas ao cuidado do bebê, como um momento de afeto e de interação que pode contribuir não só para acalantar, mas também estimular habilidades. Apresenta-se na Cartilha sugestões de interações e brincadeiras que podem ser realizadas entre mães e bebês, bem como algumas sugestões para crianças maiores, com propostas adequadas para o nível de desenvolvimento do bebê. Lembrando sempre do contexto vivido da pandemia, que exige o distanciamento social e medidas de higiene como limpar os brinquedos e objetos, sempre ao manuseá-los, com sabão ou álcool em gel. Retomando dessa forma as medidas de segurança divulgadas pelas agências governamentais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2020).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 5 - Ilustração da página 13 e 15 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020)

## Família

O papel da família é destacado, sendo enfatizada a importância do cuidado do bebê ser partilhado com o pai, companheiro ou alguém que possa auxiliar no desempenho desse papel. Aborda-se também a importância da família e rede social ampliada, com incentivo ao uso dos



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

meios disponíveis, seja por meio de ligação telefônica, aplicativo de comunicação, conferência *online* e outros como apoio nesse momento de distanciamento físico, mas não afetivo e social.

Deve-se reconhecer que toda a família teve sua rotina e cotidiano modificados com a pandemia (STAMU-O'BRIEN *et al.*, 2020). Para as famílias com crianças que tiveram que permanecer em casa, sem ir à escola e sem o contato com os amigos e familiares de sua convivência, isso exigiu dos pais a organização de uma nova rotina. Sabe-se que muitos pais tiveram dificuldade para explicar e muitas crianças demoraram a entender a mudança drástica nas rotinas familiares, o fechamento de escolas e a ruptura abrupta do senso de previsibilidade e "ordem mundial", o que gerou medo e ansiedade (HALVORSEN *et al.*, 2020). Aborda-se, assim, a necessidade de inserir as crianças em atividades do cotidiano, nas quais elas possam participar e expressar seus medos e sentimentos.

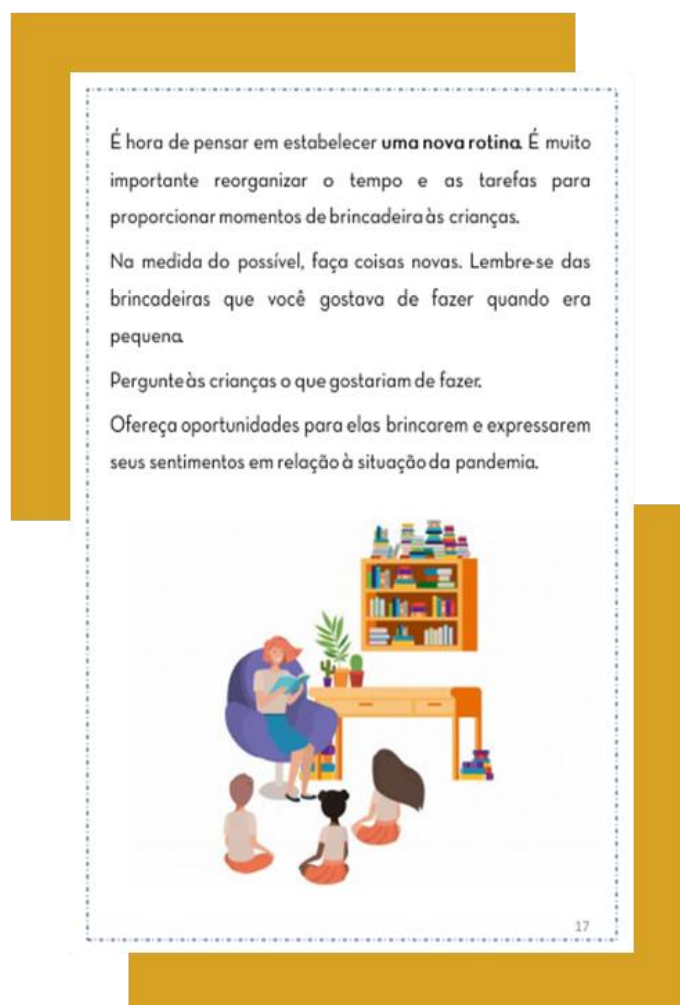


# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 6 - Ilustração da página 17 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020)

Ainda, neste tema, apresenta-se que tanto pais como as crianças estão vivendo momentos de incertezas, portanto, devem buscar momentos e atividades que os auxiliem a vivenciar esse novo cotidiano. Muitos pais estão lutando para lidar com suas próprias emoções,

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

com questões de trabalho e uma infinidade de incertezas, não sendo fácil estarem calmos o suficiente para apoiar os sentimentos de seus filhos (HALVORSEN *et al.*, 2020).

Figura 7 - Ilustração da página 20 e 21 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Na Cartilha alerta-se que incluir nas rotinas momentos de tranquilidade e atividades prazerosas, podem ajudar a restabelecer o equilíbrio e suportar as tensões relacionadas à pandemia.

Ao final, há a indicação de *sites* com temas relacionados à criança, famílias e pandemia.

Figura 8 - Ilustração da página 22 da Cartilha



Fonte: (JOAQUIM; MAGALHÃES, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Após a finalização da Cartilha ela foi oferecida para mulheres em acompanhamento hospitalar para/pelo nascimento do filho. Dezoito gestantes e puérperas do Hospital Sofia Feldman receberam a cartilha, visando apoiá-las no enfrentamento da pandemia no contexto de um novo evento em suas vidas: a maternidade.

Fala de uma mãe: *"Gostei bastante...é de uma delicadeza o texto."*

O momento de oferecimento da cartilha constitui oportunidade para tirar dúvidas e conversar sobre as normas de proteção, contribuindo para minimizar as restrições impostas às mães durante a permanência no hospital. Os conteúdos apresentados foram considerados potentes para auxiliá-las nos cuidados imaginados aos seus recém-nascidos.

## **Considerações finais**

Esse contexto de inseguranças e adaptações é vivenciado por todos, mas passa a ser ainda mais impactante na gravidez e puerpério, já que nesse período ocorrem muitas transformações que, embora naturais, a pandemia acentuou as dificuldades e deveres envolvidos no ato de dar a luz e cuidar.

A experiência indica a necessidade dos serviços de saúde oferecerem e incentivarem diferentes formas de apoio às gestantes e mães, como é o caso da cartilha aqui apresentada, para que vivenciem as práticas de cuidado, às rotinas institucionais e as mudanças e transformações naturais da maternidade, neste momento exacerbadas pela pandemia, de forma a atender à singularidade do vivido.

Implementar diferentes formas de orientação e informação devem ser priorizadas para mulheres grávidas e puérperas, devendo-se empenhar esforços para reconhecer e acolher as questões subjetivas envolvidas nesse momento de vida, considerando as necessidades de manutenção do contato afetivo entre os membros da futura família para o desenvolvimento dos pais e dos filhos.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A criação de um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição essencial para o desenvolvimento saudável do ser humano.

## **Agradecimentos**

À todas as mães,

Às terapeutas ocupacionais do Hospital Sofia Feldman,

À Keila Lin pela arte e diagramação,

À Maria Regina Alves pela revisão ortográfica e gramatical,

Nosso muito obrigada!





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Referências

BARROSO, Bárbara Iansã de Lima *et al.* Worker health in COVID-19 times: reflections on health, safety, and occupational therapy. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n. 3, p. 1093-1102, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/7K494CxFTXtTtLsynkyJnjF/?lang=en#> Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lockdown**: CNS defende distanciamento social mais rigoroso. Brasília: CNS, 12 maio 2020. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1164-lockdown-cns-defende-distanciamento-social-mais-rigoroso> Acesso em: 15 jul. 2021.

BURGESS, Adriane *et al.* Pregnant women's reports of the impact of COVID-19 on pregnancy, prenatal care, and infant feeding plans. **MCN: The American Journal of Maternal Child Nursing**, v. 46, n. 1, p. 21-29, Jan./Feb. 2021. Disponível em: [https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2021/01000/Pregnant\\_Women\\_s\\_Reports\\_of\\_the\\_Impact\\_of\\_COVID\\_19.4.aspx](https://journals.lww.com/mcnjournal/Abstract/2021/01000/Pregnant_Women_s_Reports_of_the_Impact_of_COVID_19.4.aspx) Acesso em: 03 ago. 2021.

CAMERON, Emily E. *et al.* Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic. **Journal of Affective Disorders**, v. 276, p. 765-774, Nov. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7370903/pdf/main.pdf> Acesso em: 03 ago. 2021.

CHIVERS, Bonnie R. *et al.* Perinatal distress during COVID-19: thematic analysis of an online parenting forum. **Journal of Medical Internet Research**, v. 22, n. 9, p. e22002, Sep. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7481017/?report=reader> Acesso em: 03 ago. 2021.

HALVORSEN, Elizabeth *et al.* Psychological effects of COVID-19 on parenting and maternal-fetal mental health. **Dermatologic Therapy**, v. 33, n. 4, p. e13579, Jul. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7272902/pdf/DTH-9999-na.pdf> Acesso em: 03 ago. 2021.

JOAQUIM, Regina Regina Helena Vitale Torkomian; MAGALHÃES, Livia C. Maternidade em tempos do COVID-19. São Carlos: UFSCar/CPOI, 2020. Disponível em: <https://www.sibi.ufscar.br/arquivos/maternidade-em-tempos-de-covid-19-isbn-revisada-18ago2020.pdf> Acesso em: 28 jul. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

MACEIRA DOMÍNGUEZ, Marta; RIVAS-QUARNETI, Natalia; GARCÍA GONZALO, Nuria. "I gave birth to him and he gave me my life": study of occupational transition linked to motherhood of two women with mental disorders. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 26, n. 2, p. 271-285, abr. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/fB5ZrQk3qfXWdRJJ9zLKNrq/?lang=en#> Acesso em: 03 ago. 2021.

MERCER, Ramona T. Becoming a mother versus maternal role attainment. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 36, n. 3, p. 226-232, Sep. 2004. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x> Acesso em: 03 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Folha informativa sobre COVID 19**. Brasília: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19> Acesso em: 15 jun. 2020.

PIRES, Roberto Rocha C. **Nota técnica**: os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Brasília: IPEA, 2020. (Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia, 33). Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/200408\\_nota\\_tecnica\\_diest.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/200408_nota_tecnica_diest.pdf) Acesso em: 20 jun. 2021.

STAMU-O'BRIEN, Caroline *et al.* Psychological aspects of COVID-19. **Journal of Cosmetic Dermatology**, v. 19, n. 9, p. 2169-2173, Sep. 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocd.13601> Acesso em: 03 ago. 2021.

ZHOU, Yongjie *et al.* The prevalence of psychiatric symptoms of pregnant and non-pregnant women during the COVID-19 epidemic. **Translational Psychiatry**, v. 10, n. 1, p. 319, Sep. 2020. Disponível em: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7501755/pdf/41398\\_2020\\_Article\\_1006.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7501755/pdf/41398_2020_Article_1006.pdf) Acesso em: 03 ago. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

TERRITÓRIO SOB A PERSPECTIVA DE UM ESTUDANTE DE MEDICINA:  
RELATO DE EXPERIÊNCIA

Pedro Vargas da Palma<sup>1</sup>  
Amanda Vargas Pereira<sup>2</sup>

**Resumo:** A partir de visitas de campo, torna-se evidente o quanto o território é mais do que um local geograficamente definido, é também onde a vida acontece, configura-se como um território humano. Diante desta perspectiva, verifica-se a importância da Atenção Primária à Saúde como principal veículo de comunicação entre a comunidade de determinado território e a Unidade de Saúde. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo fortalecer a Atenção Primária à Saúde, a partir de uma mudança na organização dos serviços de saúde e pela responsabilização com o vínculo e acompanhamento aos cuidados de saúde da comunidade, das famílias e dos usuários. O objetivo deste relato de experiência foi identificar a importância do território e dos Determinantes Sociais no processo saúde-doença na formação médica. Este estudo é resultado da vivência de um estudante do 1º ano de Medicina, e fruto de atividades desenvolvidas na disciplina Saúde e Sociedade I do Centro Universitário Redentor. As observações foram feitas a partir de um trabalho de campo para mapeamento da microárea do Bairro São Francisco em Itaperuna/RJ, a fim de identificar os fatores de risco à população e a partir destas observações fazer conexões com o processo saúde-doença. Conclui-se que dentro da microárea estudada há duas ruas que se destacam devido aos inúmeros problemas estruturais e sanitários, típicos de regiões mais pobres que implicam em sérios riscos à saúde da população, as questões problemáticas vão desde a falta de coleta de lixo até zoonoses, passando por falta de acessibilidade e impossibilidade de passagem de veículos em determinadas áreas devido às condições do terreno. Isso evidencia a importância do trabalho intersetorial para a promoção do cuidado. Além disso, a experiência foi importante para entender que o cuidado integral é complexo e incluem determinantes sociais e características territoriais, sendo impossível se falar em cuidado humanizado e atenção básica sem levar em consideração o território e as condições sócio-econômica-ambiental em que residem os pacientes. A partir deste mapeamento foi possível observar que as situações sociais podem interferir nas condições de vida da população. Assim como considerar fatores de acessibilidade, de fluxo da população, pois estes serão determinantes para possibilidades de planejamento, organização, gestão, e quem sabe

<sup>1</sup> Acadêmico de Medicina, Fundação Técnico Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro, Brasil, [pedrovargasdapalma@gmail.com](mailto:pedrovargasdapalma@gmail.com).

<sup>2</sup> Doutora, Professora do Departamento de Medicina Social da Fundação Técnico Educacional Souza Marques, Rio de Janeiro, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

redefinição desse Território de forma mais adequada. A experiência demonstrou que este conhecimento do Território nos aproxima da realidade das pessoas e que essa vivência foi sem dúvidas um diferencial na minha formação, tornando-me mais comprometido à realidade da população e consequentemente um médico mais humanizado.

**Palavras-chave:** Território; Atenção Primária; Determinantes Sociais; Planejamento; Educação Médica.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

Este estudo é resultado da vivência de um estudante do primeiro ano de Medicina. As observações foram feitas a partir de um trabalho de campo para mapeamento da microárea 36 do Bairro São Francisco em Itaperuna/RJ, a fim de identificar os fatores de risco à população, e a partir destas observações fazer conexões com o processo saúde-doença e cuidado.

Duas ruas da microárea 36 do Bairro São Francisco serão destacadas nesta análise: Rua Cavalcante Sobral e Rua Santa Rita de Cássia. Esta microárea possui 120 famílias cadastradas, e possui 70 indivíduos hipertensos e 20 diabéticos. Assim, configura-se como um cenário de prática que proporciona a efetivação de atividades de atenção e promoção à saúde e prevenção de doenças.

É imprescindível considerar a relevância do cuidado no contexto do SUS, principalmente no que diz respeito à atenção e aos serviços oferecidos pela Atenção Primária à Saúde (APS). A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo fortalecer a APS, partindo de uma mudança na organização dos serviços de saúde e responsabilizando-se pelo vínculo e acompanhamento aos cuidados de saúde da comunidade, das famílias e dos usuários. Nessa perspectiva, vale considerar que a lógica da Saúde da Família é centrada nos usuários. Sendo assim, considera o cuidado voltado para as prioridades dos usuários do território (SILVA, 2015).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Diante da diversidade socioeconômica das famílias atendidas, é importante pensar em formas de atenção que facilitem o acesso de grupos sociais vulneráveis aos serviços de saúde, usando reformulações necessárias para atingir esses segmentos sociais, desde capacitação dos agentes comunitários de saúde até a organização do processo de trabalho (CARNEIRO JR; SILVEIRA, 2003; MARSIGLIA, 2005).

Sendo assim, fica evidente a importância do conhecimento das características do território, utilizando o registro de informações como ferramenta de planejamento, intervenção e organização de uma proposta de melhoria da qualidade da Atenção Básica.

## **Revisão da Literatura**

### **Atenção Básica à Saúde e Estratégia de Saúde da Família**

Na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, na cidade de Alma-Ata, em 1978, a atenção primária foi definida como a atenção à saúde essencial, fundada em tecnologias apropriadas e custo-efetivas, parte de um processo de assistência sanitária capaz de garantir acesso a todas as pessoas e famílias da comunidade (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa conferência teve impacto expressivo nas questões relacionadas à atenção primária e definiu cuidados primários em saúde como:

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 constitui 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 continuado processo de assistência à saúde (OMS/UNICEF, 1978, p. 91).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Ainda de acordo com a OMS/UNICEF (1978), todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação para sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores.

Após a Conferência de Alma-Ata, os princípios básicos da Atenção Primária à Saúde (APS) passaram a orientar as mudanças que deveriam ser implementadas nos sistemas nacionais de saúde (RIBEIRO, 2007).

A Atenção Primária é o nível do sistema de serviço de saúde que oferece entrada no sistema para novas necessidades e problemas. Compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, tratamento e reabilitação e trabalho em equipe. A atenção primária forma a base e determina o trabalho dos outros níveis dos sistemas de saúde. Aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde (STARFIELD; SHI, 2002).

Starfield e Shi (2002) apontam quatro atributos da Atenção primária à Saúde: 1- Primeiro contato: acessibilidade do serviço pela população a cada problema de saúde, oferecendo acesso às unidades de saúde; 2- Longitudinalidade: pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo tempo. O vínculo da população com sua unidade de saúde devem ser refletido pela cooperação mútua entre as pessoas e os profissionais de saúde; 3- Integralidade: compreendida como a garantia de que as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, incluindo encaminhamentos para serviços de atenção à saúde, serviços secundários e terciários, internação domiciliar, entre outros; 4- Coordenação (integração): requer continuidade, seja por meio dos profissionais ou por meio de prontuários médicos, como forma de reconhecer os problemas de saúde e problemas sociais do paciente.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Tradicionalmente, outros países utilizam a expressão atenção primária em saúde (APS). No Brasil, é denominado o termo atenção básica (AB), em virtude da tradução realizada na época em que passou a ser empregada (CAMPOS *et.al*, 2008).

Os termos "Atenção Básica", "Atenção Primária" e "Atenção Primária à Saúde" podem ser utilizados como sinônimos. A expressão "Atenção Básica" foi oficializada pelo governo brasileiro em contraste com a tendência internacional do uso de "Atenção Primária" (MELLO *et. al.*, 2009). Tais palavras foram consideradas equivalentes pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011).

Em 2006, o Ministério da Saúde editou a Política Nacional de Atenção Básica pela portaria ministerial 648/GM, de 28 de março, que ampliou a concepção de atenção básica abrangente, posicionando-a como porta de entrada preferencial do SUS (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011) define Atenção Básica como:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011, p. 21).

De acordo com a PNAB (2011), a Atenção Básica tem como um de seus fundamentos e diretrizes possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes (BRASIL, 2011).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

A Atenção Básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, que deve estar organizada em todos os municípios do país. Portanto, deve ser a principal porta de entrada do usuário no sistema de saúde e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. O Brasil é o único país no mundo com mais de 100 milhões de habitantes com um sistema de saúde público, universal e integral. A proposta da AB é oferecer atendimento próximo à casa dos usuários, atendendo a maioria das necessidades de saúde com agilidade e de modo acolhedor e humanizado. Ela se orienta pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da comunidade, do cuidado, da integralidade, da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Considera os sujeitos em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural (BRASIL, 2011).

Fundamentado na PNAB, a ESF deve assumir a responsabilidade pelo cuidado de todas as pessoas em seu território de atuação. O Programa de Saúde da Família (PSF) foi precedido pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991 pelo Ministério da Saúde para enfrentamento de altas taxas de mortalidade infantil e materna na região Nordeste e, em seguida, na região Norte, devido à epidemia de cólera. Teve seu início no Ceará, no final dos anos 80, para ser um elo entre a comunidade e os serviços de saúde. O programa teve grande repercussão política pelos seus resultados positivos, principalmente na diminuição da mortalidade infantil (AQUINO *et al.*, 2014; FARIA *et al.*, 2010; SOUSA, 2014; VIANA; DAL POZ, 1998).

O PSF surgiu em meados de 1993, sendo regulamentado em 1994 pelo Ministério da Saúde. O Programa já havia sido implementado em alguns municípios, entre eles Itacarambi (MG), em 1993, Niterói (RJ), em 1991, com o Programa de Médicos de Família, Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre, entre outros (AQUINO, *et al.*, 2014).

A Norma Operacional Básica do SUS, nº.01, de 1996 (NOB 96), ressaltou a Atenção Básica à Saúde como eixo estruturante do modelo de atenção do SUS ao adotar o PACS/PSF como estratégia fundamental na organização de ações de atenção básica. Essa estratégia foi



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

apoiada por meio de uma política de financiamento que, a partir de sua vigência, em 1998, criou incentivos fundamentais para o processo de sua implantação nos municípios, em todo o território nacional.

O PSF foi criado com o propósito de fortalecer a atenção primária através de uma mudança na forma de organização dos serviços e ações de saúde, visando a uma maior qualidade na assistência que resolvesse a maior parte (aproximadamente 85%) dos problemas de saúde (DA ROSS, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde, a implantação do PSF tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997).

A partir de 1999, passou a ser considerado pelo Ministério da Saúde como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde, com objetivo de reorientar o modelo assistencial e implantar uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde (SOUZA, 2002). Posteriormente, o Ministério da Saúde modificou a nomenclatura do Programa de Saúde da Família para Estratégia Saúde da Família (ESF), permanecendo com os mesmos objetivos.

A ESF visa à reorganização da atenção básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. É uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma orientação 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 (BRASIL, 2011).

Essa estratégia valoriza os princípios da territorialização, de integralidade na assistência, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar na promoção da saúde e para a família





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

visando a atender às necessidades da população nas diferentes áreas da saúde, de acordo com os problemas reais do indivíduo, da família e da comunidade, com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, consolidando o SUS. Os profissionais assumem o compromisso de prestar assistência integral à população na Unidade de Saúde e no domicílio quando necessário, observando os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta e, assim, podendo intervir de forma apropriada (SOUZA, 2000; AMORIM; ARAÚJO, 2004; DAVINI, 2009).

A ESF mantém os princípios do SUS baseada nos atributos da APS. Apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade baseada no planejamento territorial, na ampliação da participação social, na gestão, na inclusão e integração das populações vulneráveis em situação de injustiça social (SOUSA, 2014).

A compreensão da ESF como componente primário de um sistema público de saúde de amplitude nacional redimensiona sua relevância, pois o próprio impacto da ESF na saúde dos usuários do SUS vai depender da sua capacidade de integração com as redes de atenção à saúde: ambulatorial, especializada, hospitalar, rede de urgência e emergência e serviços de saúde mental (CAMPOS *et al.*, 2008).

A ESF demonstra certa inadequação para a atenção a segmentos populacionais com alto grau de exclusão social, como a população em situação de rua, pessoas que vivem em albergues, abrigos, profissionais do sexo ou pessoas com algum tipo de deficiência, que nem sempre têm acesso aos serviços de saúde, ou, quando têm, não lhes é garantida a integralidade das ações para suas necessidades específicas (MARSIGLIA, 2005).

## Território Como Cenário De Prática

Aprender e atuar a partir do entendimento dos conceitos de Determinantes Sociais de Saúde (DSS) nos leva ao entendimento que saúde não se faz se forma isolada, mas articulada com demais setores de forma a potencializar a prática do conceito de integralidade da atenção.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

De acordo com Buss (2007) os diferentes significados de determinantes sociais de saúde anunciam, com máximo ou mínimo nível de proeminência, o conceito que presentemente muito generalizado de que as condições de vida e tarefas dos cidadãos de grupos da sociedade estão ligadas à sua situação de saúde.

A disciplina Saúde e Sociedade I proporcionou aos alunos do Centro Universitário Redentor a oportunidade de conhecer na prática os fatores determinantes e condicionantes de saúde, possibilitando a reflexão sobre como estes fatores externos influenciam diretamente no processo de saúde e adoecimento da população. Podendo desta forma, planejar sobre a melhor forma de inserir ações de saúde nesse território.

Segundo Pessoa (2013) a territorialização é o método de assimilação do ambiente pelos serviços de atenção primária à saúde. Em termos materiais, pode ser entendida como o procedimento de concepção de territórios de ação de unidades de atenção primária à saúde, explicando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, método de criação de territórios. Esse foi o meio descoberto para se solucionar a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, portanto, conhecendo os serviços e cadastrando a população no seu interior. A partir das visitas de campo no bairro São Francisco ficou evidente o quanto o território é muito mais do que um local geograficamente definido, é também o lugar onde a vida acontece. Ou seja, configura-se como um território humano. Diante desta perspectiva, podemos entender a importância da Atenção Básica como principal veículo de comunicação entre a comunidade de um determinado território e a Unidade de Saúde.

Estudos de Faria (2012) apontam que as Políticas de Atenção Básica firmam como pertinências que todos os profissionais de saúde devem fazer parte do procedimento de territorialização e mapeamento do campo de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a problemas, até mesmo aqueles referentes ao trabalho, e da modernização contínua desses dados, priorizando os casos a serem acompanhados no planejamento local. Ou seja, a territorialização é uma ação importantíssima, afinal dela vem a



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

análise do momento de saúde, idealização e a implantação de atos estratégicos, que garantam resolução ao sistema.

## Material e Método

O presente trabalho trata-se de um relato de experiência realizado por um estudante do primeiro ano de medicina que utilizou como técnica o diário de campo e mapeamento do território, como seu instrumento de registro de informações, no período de fevereiro a março de 2020.

Esta vivência está relacionada ao trabalho de campo da disciplina Saúde e Sociedade I da graduação de Medicina do Centro Universitário Redentor em Itaperuna, região Noroeste do Rio de Janeiro.

As observações foram realizadas na microárea 36 do Bairro São Francisco em Itaperuna, a fim de inserir o estudante em contextos reais de aprendizagem, estimular o olhar do acadêmico para os Determinantes Sociais de Saúde e identificar os fatores de risco à população e a partir destas observações fazer conexões com o processo saúde-doença.

## Resultados e Discussão

Os alunos do primeiro período do Centro Universitário Redentor têm, como disciplina obrigatória, a Saúde e Sociedade I. Os objetivos desta disciplina são: analisar o território enquanto expressão da saúde das pessoas; desenvolver a ideia de que o ambiente é parte fundamental para a compreensão do processo saúde-doença; valorizar a necessidade do mapeamento do território na Estratégia Saúde da Família; ampliar o olhar do acadêmico para os Determinantes Sociais de Saúde; inserir o estudante em cenários reais de aprendizagem; valorizar a história de vida das famílias; problematizar a construção do SUS no Brasil.

Pequenos grupos de alunos eram alocados em Unidades da ESF nos bairros de Itaperuna. Durante uma manhã ou uma tarde por semana, no decorrer de todo o período letivo, sob a supervisão de professores e acompanhados por Agentes Comunitários de Saúde.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Os alunos eram divididos em grupos com seus respectivos professores e um agente comunitário de saúde e orientados quanto ao uso de jaleco. Após esta divisão, os professores ressaltaram a importância das anotações no diário de campo, e o olhar ampliado acerca das percepções e observações da referida microárea. A cada semana os grupos saíam para visitas com agentes comunitários diferentes, com o objetivo de os alunos conhecerem todas as microáreas daquele determinado território.

Durante o percurso, os professores conversavam com os alunos, fazendo conexões da teoria com a prática, articulando os fatores Determinantes e Condicionantes de Saúde, com o processo saúde-doença, ou seja, proporcionando uma aprendizagem significativa.

Como forma de organizar a atividade, além do diário de campo, o aluno precisava entregar semanalmente uma ficha de registro de sistematização da atividade. Nesta ficha o aluno tinha que preencher o desenvolvimento da atividade, descrição do local, fatores de risco, articular o conteúdo da disciplina com outros componentes curriculares, embasar em no mínimo três artigos científicos, descrever qual a relevância para o campo científico, pontos significativos da visita para o crescimento pessoal e profissional do estudante, reflexões a partir da visita, problematizar a realidade a partir do levantamento do problema, causas do problema, principal nós crítico e os resultados esperados com as ações planejadas entre os professores e os estudantes.

A partir destes registros descrevo minha vivência nas visitas de campo no bairro São Francisco. Como forma de sistematização das informações delimitei duas principais ruas do referido bairro, para descrição e análise.

Durante a experiência na visita ao Bairro São Francisco e algumas de suas microáreas, foi possível observar os males presentes em cada rua e quem especificamente poderia sofrer com a precariedade do bairro. Era muito comum nas microáreas nos depararmos com escoamento de água inadequado, que geram enchentes muito duradouras, terrenos baldios, árvores podres que podem cair e casas abandonadas, podendo haver animais peçonhentos como



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

cobras, aranhas e escorpiões o que gera um risco muito grande às crianças que brincavam naqueles locais.

Percurso 1: Rua Cavalcante Sobral.

Caminhando por esta rua verificou-se a ocorrência de escoamento de água inadequado, casas abandonadas, terrenos baldios, calçadas quebradas, ruas esburacadas, difícil acessibilidade a transporte público, lixos espalhados na rua, esgoto a céu aberto, árvores podres com risco de queda e enchentes que perduram por um longo período de tempo.

Além disso, havia animais visivelmente doentes, situação preocupante devido à potenciais riscos a quem por ventura os tocarem ou mesmo pela possibilidade de virem a atacar as pessoas que deles se aproximarem. As ruas tinham buracos que geram muito desnivelamento, por conta da falta de asfalto de alguns locais, o que impossibilita a passagem de transportes públicos e caminhões de lixo, assim como moradores portadores de deficiências físicas. Por consequência dessa falta de caminhões de lixo, havia um acúmulo de lixo nas ruas.

Percurso 2: Rua Santa Rita de Cássia.

Difícil acesso a cadeirantes, por conta da rampa que faz ligação entre uma rua e outra, construções comprometidas, materiais de construção jogados nas ruas, fiação rompida, bueiros abertos, causando risco de quedas e bueiros entupidos causando risco de alagamento, dificuldade de acessos para idosos e falta de horários programados para a coleta de lixo.

De acordo com as observações realizadas no bairro São Francisco, fica claro que a falta de saneamento pode causar prejuízos à população. O tratamento para o lixo urbano não é visto como prioridade pelas autoridades competentes e o que temos é somente esforços para recolhê-lo e depositá-lo em locais distantes e escondidos da parcela mais privilegiada da população, o que também pode ocasionar doenças.

Segundo os relatórios da FUNASA (2010) é importante o conhecimento do perfil das doenças na saúde e no sistema de saúde, para apontar caminhos para a formulação de políticas



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

públicas visando ao controle de doenças a partir do provimento de serviços essenciais de forma equitativa.

Enquanto estudante de medicina, vivenciar essa experiência foi enriquecedor, vivenciamos os dilemas enfrentados pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), conseguimos a partir da experiência analisar a região em questão e entendermos o que falta para que haja melhoria nas informações e na qualidade das intervenções, aprendendo a reportar aos médicos da Unidade Básica de Saúde (UBS) as condições ambientais e estruturais de cada região, o que torna possível a investigação mais criteriosa na vida do paciente que pode estar padecendo de determinado mal, devido às condições a que está submetido. Para um melhor aproveitamento destas experiências, o aluno de medicina deve ter o entendimento dos Determinantes Sociais de Saúde desde muito cedo no seu curso. Entender os DSS por meio de aulas e discussões é essencial para um melhor aproveitamento de práticas voltadas para a atenção primária.

Aprender e atuar a partir do entendimento dos conceitos de Determinantes Sociais de Saúde nos leva ao entendimento que saúde não se faz se forma isolada, mas articulada com demais setores de forma a potencializar a prática do conceito de integralidade da atenção.

Diante desta perspectiva, podemos entender a importância da Atenção Primária à Saúde como principal veículo de comunicação entre a comunidade de um determinado território e a Unidade de Saúde.

## **Considerações Finais**

A partir deste mapeamento foi possível observar que as situações sociais podem interferir nas condições de vida da população. Assim como considerar fatores de acessibilidade, de fluxo da população, pois estes serão determinantes para possibilidades de planejamento, organização, gestão, e quem sabe redefinição desse Território de forma mais adequada. A experiência demonstrou que este conhecimento do Território nos aproxima da realidade das pessoas e que essa vivência foi sem dúvidas um diferencial em minha formação, tornando-me





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

mais comprometido à realidade da população e conseqüentemente um médico mais humanizado.

Portanto, concluo dizendo que a articulação de aulas teóricas com aulas práticas gera, até o breve momento de meu processo de formação um aprendizado infinitamente melhor e maior. Integralizando assim, o compromisso com a universalidade do acesso, equidade, integralidade no cuidado, e conseqüentemente fortalecendo e consolidando o SUS.

## Referências

AMORIM, Ana C. C; ARAÚJO, Maria R. N. de. **Legislação Básica Saúde da Família**. Montes Claros: UNIMONTES, 1ª ed., 15p. 2004.

AQUINO, Rosana. *et al.* Estratégia Saúde da Família e reordenamento do sistema de serviços de saúde. Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014, p. 353-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família – uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Secretaria de Assistência à Saúde/ Coordenação de Saúde da Comunidade. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2011.

CAMPOS, Gastão W.S; GUTIÉRREZ, Adriana C; GUERRERO, André V.P; CUNHA, Gustavo T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão W.S; GUERRERO, Adriana V.P. **Manual de práticas de Atenção Básica: Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008. p. 132-153.

CARNEIRO JR, Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 19 n. 6, p 1827- 35, 2003.

DA ROSS, Marco A. A ideologia nos cursos de medicina. In: MARINS, J. J. N. *et al.* (Org.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: HUCITEC, 2004. p. 224-44.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

DAVINI, Maria C. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006; v. 9. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

FARIA, Horácio P; COELHO, Ivan B; WERNEK, Marcos A.F; SANTOS, MaxA. **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. 2.ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010.

FARIA, Rivaldo M. **A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde: perspectiva de adequação aos perfis do território urbano de Pouso Alegre-MG**. 2012. 320 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Geociências, Campinas, SP. 2012.

\_\_\_\_\_. Fundação Nacional de Saúde. **Impactos na Saúde e no Sistema Único de Saúde Decorrentes de Agravos Relacionados a um Saneamento Ambiental Inadequado**. FUNASA, Brasília, 2010.

GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria H. M. de. Atenção primária à saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2014. p. 493-545.

MARSIGLIA, Regina G; SILVEIRA, Cássio; JÚNIOR, Nivaldo C. Políticas sociais: desigualdade, universalidade e focalização na saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.14, n.2, p. 69-76, 2005.

MELLO, Guilherme A.; FONTANELLA, Bruno J. B.; DEMARZO, Marcelo M. P. Atenção básica e atenção primária à saúde-origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, 2009.

OMS/UNICEF, **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde AlmaAta**, URSS, 6-12 de setembro de 1978. p. 214-229,

PESSOA, Vanira M; *et al.* "Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde." **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, 2253-62, 2013

RIBEIRO, Fátima A. **Atenção Primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica**. 2007. 308f. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, SP. 2007.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

SILVA, Carolina C; CRUZ, Marly M; VARGAS, E. P. Práticas de Cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Rio de Janeiro. v. 39, **Saúde Debate**. N. Especial, p. 246-256. Dez, 2015.

SOUSA, Maria F. A reconstrução da Saúde da Família no Brasil: Diversidade e Incompletude. In: SOUSA, Maria F; FRANCO, Marcos S; MENDONÇA, Ana V.M. **Saúde da família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes Editora, 2014. p. 952-952.

SOUZA, Heloiza M. Entrevista com a diretora do Departamento da Atenção Básica – SPS/MS. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 53, N Especial, p. 7-16. 2000.

SOUZA, Heloiza M. Saúde da Família: desafios e conquistas. In: NEGRI, B; VIANA, A.L, orgs. **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafios**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/Centro de Estudos Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão; 2002. p. 221–240.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu. Policy relevant determinants of health: an international perspective. **Health policy**, v. 60, n. 3, p. 201-218, 2002.

VIANA, Ana L; DAL POZ, Mario R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da família. **Rhysis**, v.8 n. 2, p. 11-48.1998



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**DEMOCRACIA INDIGESTA:** Por que a cidadania e os direitos sociais são abandonados em tempos de COVID-19

Jairo de Carvalho Guimarães<sup>1</sup>

**Resumo:** As repercussões invasivas do neoliberalismo têm acentuado o distanciamento entre o Estado e a sociedade. Em países periféricos, aqui entendido como aqueles que gravitam em torno de um sistema supressivo de direitos, atingindo a liberdade e a igualdade do sujeito social, o capitalismo tem promovido sistemáticos impasses quanto à garantia dos direitos individuais. Isto mina diretamente as possibilidades do indivíduo exercer a cidadania, impede-o de atuar via participação democrática e, com efeito, compromete a adoção do controle social como recurso capaz de impedir que medidas desalinhadas com as demandas da sociedade possam ser ativadas. Tendo em vista a realidade atual, na qual os coletivos sociais estão sendo penalizados pela deficiente infraestrutura na Saúde Pública, implicando no distanciamento estatal no que se refere não apenas ao descumprimento dos dispositivos legais previstos na Constituição Federal de 1988, mas, de forma concomitante e não excludente, à atenção que deveria ser dada no que concerne à implementação de Políticas Públicas efetivas, sistemáticas e permanentes, percebe-se a vontade de impor ao tecido social o ônus pela condição de vulnerabilidade que se encontra. Ou seja, no discurso corrente, a pobreza se constitui em uma opção, não uma condição que impõe aos gestores públicos o compromisso institucional-estatal de empreender mecanismos a fim de compreendê-la, estudá-la, diagnosticá-la e, enfim, buscar as soluções necessárias. O fato é que os termos contido no Título II – Dos Direitos e Garantias Fundamentais, Capítulo II – Dos Direitos Sociais da CF/88 estão longe de ser acionados, no contexto da pandemia. No artigo 6º é assentado que “são direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (EC nº 26/2000, EC nº 64/2010 e EC nº 90/2015)”, porém, os problemas enfrentados pelas pessoas de baixa estatura financeira parecem não inspirar os gestores públicos a assumir as responsabilidades e tomar as decisões que, concretamente, precisam ser defendidas. O estudo se propõe a discutir em que medida, sob a forma de governo republicana, a democracia tem excluído setores específicos da sociedade brasileira quanto ao acesso a serviços públicos essenciais – como comprova a situação degradada dos equipamentos (UBS – Unidade Básica de Saúde; UPA – Unidade de Pronto Atendimento; SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Hospitais, Laboratórios, etc.) voltados para o atendimento da população no tocante à Saúde Pública – contrastando com a possibilidade de tornar o sujeito autônomo e condutor da própria

<sup>1</sup>Doutor em Educação (UFRJ) Docente do Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas (PPGPP/CCHL/UFPI). Professor Adjunto IV do Curso de Administração do *Campus* Amílcar Ferreira Sobral (CAFS), UFPI, Floriano, Brasil. E-mail: [jairoguimaraes@ufpi.edu.br](mailto:jairoguimaraes@ufpi.edu.br)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

independência. O estudo é descritivo, documental, bibliográfico e analítico, o qual busca compreender a capacidade administrativa do governo de prestar serviços de qualidade e implementar Políticas Públicas de fato assertivas. Constata-se que os atuais serviços de Saúde, nas três instâncias executivas (Federal, Estadual e Municipal) apresentam sérias limitações operacionais e expõem as fragilidades de um sistema criado para suprir as necessidades dos mais vulneráveis. Sob este cenário, a cidadania e os direitos sociais nada mais são do que sonhos distantes, subordinados aos tempos modernos, pautados em retrocessos sociais.

**Palavras-chave:** Democracia; Cidadania; Direitos Sociais; Autonomia; Retrocessos.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

As complexidades sociais do mundo contemporâneo, muitas das quais representando as consequências do sistema capitalista – supostamente desorganizado, porém de pretensões bem explícitas (MORAES, 2019) – têm revelado as dificuldades que os arranjos sociais vêm sofrendo para demarcar o território visando à manutenção dos direitos, buscando não apenas instituir mecanismos para impedir que as conquistas sociais sejam desconstruídas, mas, de forma mais enfática e invasiva, também promover movimentos que consigam agregar um contingente expressivo de participantes com o fito de avançar nas conquistas obtidas até então e expressar uma resistência capaz de sensibilizar os gestores públicos, no que concerne à escolha e à implementação de Políticas Públicas, para que resolvam os problemas dos aglomerados menos favorecidos. A situação dos grupos precarizados se agudiza quando o Estado, mesmo sob os domínios da pandemia, opta por manter o modelo liberal, aplacando um retrocesso incomum na garantia dos direitos (NALESSO; RIZZOTTI; MUSTAFA, 2021).

Em algumas nações e, no Brasil, em particular, reconhece-se que a ascensão da nova direita ao poder estabeleceu novos paradigmas nas relações entre Estado e sociedade civil. Na visão de Pereira (2020, p. 9), “O termo *nova direita* [grifos no original] designa um conjunto de princípios, ideias e práticas morais, resultante da fusão do neoliberalismo econômico com o





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

neoconservadorismo político, social e cultural, o qual configura um feroz ataque capitalista ao Estado Social e à democracia". Harvey (2014) admite que o neoliberalismo impôs fronteiras sociais robustas, as quais impedem a melhoria das condições de vida das pessoas com menor poder aquisitivo. Para além dos naturais dilemas que esta relação tem produzido em contextos mundiais, na medida em que há influência direta das elites dirigentes (CHAUÍ, 2007; MIGUEL, 2016) nas decisões no âmbito do Poder Executivo, no Brasil constata-se que as imbricações que deveriam convergir para uma agenda negociada, são sedimentadas mais em situação de confronto, do que em uma concepção que poderia contemplar o caráter horizontal desta relação.

Quando um dos dois lados – Estado e sociedade civil – está fragilizado pelas condições sociais, culturais e econômicas, especialmente em cenários de pandemia, cujas características [COVID-19] não podem se restringir apenas ao diagnóstico sobre as questões que envolvem a Saúde Pública, mas, de modo concomitante, às implicações que uma pessoa debilitada sofre quando inserida num quadro que externaliza a exclusão de direitos consagrados, a busca pelo entendimento e pelo consenso deveria ser a primazia. Porém, sob a égide da pandemia, observa-se que os direitos sociais são parcialmente contemplados e têm sofrido duros golpes em sua referência legal – a Constituição Federal de 1988 (CF/88). O Sistema de Proteção Social brasileiro está configurado em quatro grandes eixos (grupos), conforme o Quadro 1.

Quadro 1 – Configuração do Sistema de Proteção Social no Brasil

Eixos	Alcance
<b>Trabalho e Emprego</b>	Foco principal no assalariamento e algumas iniciativas com relação ao trabalho rural de subsistência.
<b>Assistência Social e Combate à Pobreza</b>	Foco no combate à fome e transferência de renda.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<b>Direitos Incondicionais de Cidadania Social</b>	Saúde como direito universal e educação, com o ensino fundamental como universal.
<b>Infraestrutura Social</b>	Habitação, saneamento e transporte coletivo urbano, com relevância social, porém insuficiente garantia legal de acesso.

Fonte: Tejadas, 2020, p. 98.

Neste sentido, e observando o avanço “[...] para um colapso nacional do sistema de saúde, com pessoas morrendo por falta de oxigênio ou aguardando em filas por leitos de enfermaria e de Unidades de Tratamento Intensivo (UTI)”, conforme alertam Silva, Castro e Souza (2021, p. 35), o texto levanta a seguinte questão: como compreender que a cidadania e os direitos sociais são abandonados em tempos de COVID-19, sob o cenário de uma democracia hipotética, a qual que se revela indigesta, tendo em vista que não consegue atender minimamente às demandas dos grupos sociais precarizados? Para enredar um embasamento teórico que confira consistência ao estudo, firma-se o seguinte objetivo: descrever a realidade que têm enfrentado os grupos menos favorecidos, tendo como pano de fundo a falta de Políticas Públicas na área da saúde, as quais deveriam assegurar os direitos basilares.

## Método

O presente trabalho possui uma abordagem qualitativa (YIN, 2016), de natureza descritiva, e o seu desenvolvimento perpassa pelo objetivo central, buscando a descrição imparcial de uma realidade específica (MINAYO, 2014), tendo em vista que as lentes se concentram na descrição de um fenômeno, sem a interferência direta do pesquisador. De acordo com Cooper & Schindler (2011, p. 164), um estudo qualitativo “[...] inclui um conjunto de técnicas interpretativas que procuram descrever, decodificar, traduzir e, de outra forma, apreender o significado, e não a frequência, de certos fenômenos ocorrendo de forma mais ou menos natural no mundo social”. O estudo se apoia em pesquisa bibliográfica visando a contextualizar a realidade sob o cenário da COVID-19, intencionando, nesta esteira, compreender as limitações acerca da teoria relacionada ao objeto de estudo. Ao adotar os procedimentos metodológicos que embasaram a pesquisa, buscou-se desvelar as relações entre



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Estado e sociedade civil, avançando nas discussões sobre os reflexos da pandemia no que concerne à supressão dos direitos sociais da população brasileira, notadamente em razão das deliberações envolvendo as Políticas Públicas, que deveriam privilegiar os grupos em desvantagem, colocando-os como protagonistas das medidas profiláticas.

## **A ruptura na relação entre Estado e sociedade: é possível um marco conciliatório?**

É oportuno resgatar o que assentou Abbagnano (2012, p. 277) sobre o conceito de democracia, cujo significado é relevante no contexto da presente análise. Para o filósofo italiano, a noção moderna de democracia pode ser considerada a política fundada nos direitos humanos, cuja tomada de consciência determina o ritmo do desenvolvimento da própria D.[democracia]". Neste aspecto, Abbagnano (2012) pontua que os direitos humanos são modulados a partir do alinhamento de quatro vertentes, as quais compõem a estrutura do construto democracia: i) Direitos civis; ii) Direitos políticos; iii) Direitos sociais; iv) Direitos coletivos.

Há uma permanente tensão entre Estado e sociedade civil, na medida em que, como diz Salama (2018, p. 32), "A lógica da finança prevaleceu sobre a solidariedade nacional, o mercado sobre o serviço público" e, sob este domínio, rompem-se os laços sociais e desmoronam as vigas-mestras do socialismo – igualdade, liberdade, solidariedade, cooperativismo, associativismo, inclusão – produzindo um cenário de degradação moral, desesperança com o porvir, descrédito na política e desânimo na participação de deliberações coletivas almejando a consecução de Políticas Públicas eficientes.

Castells (2018, p. 7) atribui esta nova ordem à "[...] ruptura da relação entre governantes e governados", cuja desconfiança deslegitima qualquer representação política. Esta crise de legitimidade política, conforme alerta Castells (2018), torna-se ainda mais evidente num ambiente de democracia fragilizada, exposta à falta de consistência nas relações estabelecidas entre as entidades envolvidas – sociedade e Estado – especialmente no que se refere ao



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

atendimento dos direitos sociais, cuja fratura social amplia o abismo entre a população e o governo.

Em tempos difíceis, como é possível constatar na modernidade social e política no Brasil, a proteção, à liberdade e o movimento emancipador do sujeito social perpassam pela adoção de ações demarcadoras do espaço social, para conduzir o resultado das mobilizações à responsividade do poder público em relação ao composto coletivo. Assim, para construir um marco civilizatório, é fundamental que as ações do Estado estejam alinhadas com as prioridades e os interesses da população, tendo em vista que para estabelecer uma situação sinérgica é que “[...] as ações da burocracia reflitam os valores da sociedade” (DENHARDT; CATLAW, 2017, p. 187) e, para tanto, as agendas precisam estabelecer sólidos e permanentes vínculos.

Do ponto de vista social, o dissenso entre Estado e sociedade ocorre quando o poder central desvela a incompetência em assumir as responsabilidades, adota medidas que não encontram ressonância nos arranjos coletivos e implementa providências que não têm como propósito o equacionamento dos problemas sociais eminentes, como no caso da COVID-19. Esta conjuntura na qual os direitos sociais são suprimidos,

[...] têm rebatimentos na pobreza e na questão social, tendo em vista que o projeto neoliberal propõe o apelo à solidariedade como responsabilidade moral da sociedade bloqueando sua dimensão política e desmontando as referências à responsabilidade pública, conformando uma mentalidade em que os pobres não são vistos como cidadãos, mas como seres humanos “carentes” a serem atendidos pela caridade pública ou privada (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2021, p. 38).

Para além da atuação convencional burocrático-gerencial, o Estado deveria envidar um esforço adicional, neste cenário de pandemia, para agir com mais responsividade, buscando agilizar os procedimentos de auxílio para a área da saúde, especialmente nos setores de Recursos Humanos (médicos, enfermeiras, técnicos, agentes sanitários, etc.), e infraestrutura, além de um sistemático e planejado processo logístico. Sob esta condição, é importante resgatar o que pensam Pederiva e Pederiva (2018), os quais denominam de responsividade democrática



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

as “[...] correspondências entre agendas de escolhas efetuadas pelos agentes públicos e agendas de preferências populares [...]”, afirmando que a qualidade da democracia resta comprometida caso as duas agendas não estejam adequadamente consensuadas.

Para contornar as complexidades da Administração Pública, considerando o modelo gerencial brasileiro, uma boa gestão pública precisa suplantar os dilemas administrativo-operacionais, envidar esforços adicionais no sentido de coibir a corrupção e, também, garantir a qualidade dos serviços ao seu público-alvo (FILGUEIRAS, 2018), visto que tal fato implica em uma democracia inclusiva. Em estudo conduzido por Fonchamnyo e Sama (2016, p. 199), ficou comprovado que “[...] a qualidade da gestão orçamentária e financeira tem uma influência positiva e estatisticamente significativa na eficiência [Gestão Pública], enquanto a corrupção tem uma influência negativa e significativa na eficiência do gasto público nos setores de educação e saúde”.

Sobre a qualidade da democracia, Sabl (2015) reforça, em seus estudos, que a mensuração da sua consistência está conectada com o grau de resposta dos gestores públicos quanto às necessidades da opinião pública, ou seja, em situações em que o Estado não atende satisfatoriamente a determinadas demandas, a democracia se transforma em mero regime pautado no direito ao voto, sem assegurar os direitos em momentos de caos social, como se comprova a partir dos desdobramentos da COVID-19.

## Breves aportes sobre Políticas Públicas

A análise sobre as imbricações que marcam o território de disputa entre o Estado – atualmente subjogado pelas diretrizes capitalistas – e a sociedade civil – esperançosa por medidas que contemplem as suas demandas sociais mais urgentes – têm, como pano de fundo, a adoção de Políticas Públicas que promovam a solução dos problemas coletivos. O que caracteriza uma Política Pública é o tamanho do problema a ser solucionado, o quantitativo de pessoas que reivindicam a sua solução e a decisão do Estado em colocá-la em prática. O





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

importante é que, como ressalta Dye (2014, p. 122), mesmo submetida a uma abordagem racional, a gestão pública precisa considerar que “[...] as preferências valorativas da *sociedade como um todo* possam ser conhecidas e ponderadas. Não basta conhecer e ponderar os valores de *alguns* grupos e ignorar os de outros. Deve haver uma compreensão completa dos valores societários” [grifos no original].

Uma Política Pública precisa abranger o maior contingente possível de beneficiados e deve, sob a perspectiva dos direitos sociais, ser solidária, igualitária e atender aos grupos desfavorecidos, não aderindo a privilégios, particularidades ou clientelismos. É o que Secchi (2019, p. xii) chama de abordagem argumentativa, significando a análise e a adoção de uma Política Pública usando “[...] a participação, a discursividade, o ajuste mútuo e a harmonização dos interesses dos atores políticos para chegar a políticas públicas coletivamente construídas”.

Na Administração Pública, como referência no que pertine à implementação das Políticas Públicas, pode ser utilizado o mecanismo da regra da maioria, no qual o governo deve fornecer bens e serviços públicos tomando como norteamento os interesses e as preferências da população (público-alvo), com o propósito de atender à demanda ótima da sociedade (SU; BUI, 2017). Neste aspecto, o fator igualdade advém como catalisador dos eventuais impasses sociais. Nas palavras de Filipoli (BOBBIO, 2011, p. 111), “A igualdade é componente da qualidade de vida, assim como uma certa renda, um certo ambiente, certos serviços...”.

Importa mencionar que, no que concerne às Políticas Públicas voltadas para assegurar os direitos sociais, é fundamental a compreensão de que o Estado e os seus burocratas assimilem as prioridades nacionais, com a devida atenção àquelas oriundas dos grupos desfavorecidos, a fim de manter, mesmo que minimamente, a qualidade dos serviços públicos. Em termos de gestão pública, que exige inovação e capacidades para atender as demandas da população, Denhardt e Catlaw (2017), a partir dos estudos de Rourke (1969), denominam que a qualidade das Políticas Públicas é dependente de dois importantes fatores: responsividade e eficácia. Para os autores, a responsividade “[...] assegura que as decisões dos burocratas correspondam às



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

preferências da comunidade ou dos ocupantes dos cargos que presumem falar em nome do público”, enquanto a eficácia concerne à probabilidade de que os resultados esperados ocorram concretamente (DENHARDT; CATLAW, 2017, p. 186).

Conforme pontua Bucci (2019, p. 364), “[...] os problemas típicos de políticas públicas são aqueles que demandam uma ação governamental em escala ampla”, reforçando que a sua execução dependerá da intervenção da sociedade civil no sentido de colocá-las na agenda pública. Ora, em relação à COVID-19, face à imprevisão e à emergência que a situação impôs, era determinante que os gestores públicos adotassem as medidas necessárias com vistas a proteger a população. A inércia logística, a falta de planejamento, a má gestão orçamentária (GURGEL, 2020) e a desorientação de alguns gestores públicos, não obstante o caráter inesperado da pandemia, culminaram no fracasso de ações que deveriam resguardar o direito à saúde, à integridade físico-psicológica-mental, à igualdade de acesso aos serviços públicos. Em terra arrasada, a própria cidadania acaba sendo chamuscada.

Neste ponto, é apropriado apresentar algumas inquietações, a partir da comprovação de um pêndulo social<sup>2</sup> (COELHO, 2014): como articular mobilizações (em épocas de isolamento social e de não-aglomeração) com o objetivo de ressoar a opinião pública, externalizar o descontentamento com a situação do país e buscar a solução para os graves problemas relacionados à pandemia? Como fortalecer a cidadania se os direitos sociais não são priorizados, sendo dispostos em segunda ordem? São questões que merecem a nossa melhor reflexão.

## **As conexões entre participação democrática, direitos sociais e cidadania**

Convém situar que, atualmente, no Brasil, o regime denominado democracia indica um modelo de representação política e arenas públicas de participação democrática desarticulado

---

<sup>2</sup> Segundo Coelho (2014), o pêndulo social representa o grau de oscilação na solução das questões sociais, ora pendendo para o mercado (direita) – instante em que os problemas sociais são transferidos para os indivíduos, responsabilizando-os pela obtenção dos bens materiais e pela qualidade de vida – ora para o Estado (esquerda) – instante em que o aparato estatal implementa Políticas Públicas aspirando à mitigação dos entraves sociais.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

com a realidade social, cujo distanciamento entre sociedade e Estado golpeia diretamente as ideias defendidas por Dahl (1997), Santos (2013), Bobbio (2018) e por Cremonese (2007), para quem a democracia brasileira representa apenas uma aproximação do ideal democrático em seu aspecto singular, cuja razão fundante sugere a provisão das necessidades das categorias menos favorecidas. Burgaya (2020, p. 38-39) afirma que o ideário da moderna democracia prevê a eliminação dos cidadãos, pois, na sua avaliação, “[...] o protagonismo cidadão vai desaparecendo e faltam mecanismos participativos para além do predomínio das elites”.

Para compreender a dinâmica democrática, é importante desvelar as conexões que dão contornos à cidadania, porque assentada na promoção e no desenvolvimento dos direitos sociais, os quais precedem a cidadania e só pode haver uma democracia autêntica e participativa se, antes, a cidadania puder ser exercitada em sua plenitude pelo sujeito social. Tendo por referência os estudos desenvolvidos pelo sociólogo britânico T. H. Marshall na sua obra “*Citizenship and Social Class*”, Rees (2016) desenvolve e amplia a perspectiva sobre a cidadania, a qual, segundo o autor, apoia-se em três elementos indispensáveis à sua compreensão, conforme disposto no Quadro 2.

Quadro 2 – Elementos fundantes da cidadania

Elemento	Características
<b>Civil</b>	Composto pelos direitos necessários para a liberdade individual – liberdade da pessoa, liberdade de discurso, pensamento e fé, o direito à propriedade e celebrar contratos válidos, e o direito à justiça.
<b>Político</b>	Trata-se do direito de participar em um exercício de poder político, como membro de um corpo [partido político, organização política, instituição, esfera pública, conselhos, espaços de participação] investido de autoridade política ou como eleitor de tal corpo. Neste caso, as instituições correspondentes são o Parlamento e os corpos eletivos locais.
<b>Social</b>	Representa a gama de direito a um mínimo de bem-estar econômico e segurança para o direito de compartilhar integralmente o patrimônio social e de viver a vida de um ser civilizado, de acordo com os padrões prevaletentes na sociedade. As instituições mais intimamente ligadas a ele são o sistema educacional e o conjunto de serviços sociais.

Fonte: Rees, 2016, p. 4-5.

Neste processo dialético que deveria permear as relações entre Estado e sociedade, uma nova configuração de cidadania se estabeleceu, na medida em que as influências neoliberais



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

conduzem, na vigência da Ordem Democrática, as decisões na esfera estatal. De fato, o Estado é subalterno às condições, regras e orientações das grandes corporações e dos bancos, deixando de atuar ativamente para debelar as fissuras sociais, cujas expressões mais proeminentes são a miséria, o desencanto, a desesperança, o desamparo e a completa falta de confiança nos representantes políticos. Na voz de Silveira (2017, p. 489), as políticas sociais têm revelado “a prevalência do controle dos pobres e da moralização da pobreza; ajustamento dos *improdutivos e incapacitados* [grifos no original] a um padrão normativo dominante; ineficiência, frágil alcance social [...]”, representando o rompimento dos elos sociais que deveriam aproximar os seres vulneráveis, mas que culmina no isolamento entre os comuns, abandonados à própria sorte. Para desfazer esta realidade, Santos (2021) propõe mobilizações pela defesa da vida.

Observa-se, no atual cenário, que a mobilização da sociedade para tornar mais participativa e deliberativa a tomada de decisão tem se mostrado enfraquecida. Para Santos (2013, p. 227), mesmo sob a aura democrática, é possível comprovar na atualidade a “[...] opacidade entre representante e representado”, situação piorada pelo distanciamento e pela desigualdade entre as partes – no que se refere ao poder decisório e à influência dos representantes políticos junto ao poder central – reforçando a concepção de que, na democracia, a cidadania está restrita a aspectos meramente políticos (sufrágio universal). A configuração da cidadania percorreu um longo caminho até se estabilizar na dimensão contemporânea. É oportuno destacar o que Araújo e Guimarães (2021) firmam como pensamento hodierno no que diz respeito à construção do escopo da cidadania, tão cara no processo de consubstanciamento da democracia, ainda sob o regime político democrático. Na visão dos autores,

No que tange à construção da concepção de cidadania, que teve origem nos processos de resistência contra a ditadura, na busca pela construção democrática e de transformação social, constituindo laços entre cultura e política que expressa uma estratégia política e cultural, a cidadania não estaria mais confinada aos limites entre as relações com o Estado, mas deveria ser estabelecida no interior da própria sociedade como parâmetro das relações sociais que nela se constroem. Esta cidadania seria um projeto de nova sociabilidade, com formato mais igualitário de relações sociais em todos os





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

níveis, com o reconhecimento do outro como sujeito portador de interesses válidos e de direitos legítimos, tornando possível assim, a reconfiguração e a dimensão ética da vida pessoal (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2021, p. 38).

Esta combinação de fatos e de circunstâncias que se constata na atualidade, a qual expressa a parcialidade da atuação estatal no que diz respeito à garantia dos direitos sociais, não pode permanecer ileso diante das volatilidades sociais. O avanço paulatino da perda dos direitos é percebido ao se avaliar o estado de miséria com que muitos coletivos sociais têm convivido, especialmente na última década, período em que as crises econômicas e políticas impuseram sérios danos sociais à população. De acordo com a análise de Souza (2021, p. 190),

A pandemia de COVID-19 comparece nesse mosaico social fazendo com que essa questão fique ainda mais evidente, uma vez que o seu enfrentamento é limitado pela capacidade dos sistemas públicos de saúde e suas sequelas se agravam ante um conjunto de políticas sociais fragilizadas.

Importa situar, na análise de Etzioni (2014) sobre os aspectos relacionados à *accountability* do aparato estatal, compreendida como a responsabilidade, a prestação de contas, a satisfação, a explicação e o atendimento das demandas coletivas, que as condições atuais levam os gestores públicos com problemas não resolvidos a promoverem a renovação de garantias simbólicas, meramente. Para Etzioni (2014, p. 299) “[...] Muitas vezes, a renovação das garantias simbólicas, por parte dos detentores do poder, bastará para sossegar os ânimos de um grupo não organizado – porque pelo menos corta a intensidade de sua insatisfação e aumenta a dificuldade de mobilização”. É preciso, portanto, uma reversão da situação e isto só pode ser encetado por meio das mobilizações sociais e da participação ativa do sujeito social.

## Considerações finais

A involução social, materializada pela regressão dos direitos e pelo desprestígio das prioridades por parte dos gestores públicos em relação às preferências e às demandas dos arranjos coletivos mais fragilizados, constitui uma prática recorrente da política gerencial





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

brasileira, ampliando as fraturas sociais, aprofundando as desigualdades no seio dos grupos de menor poder aquisitivo e obstaculizando as possibilidades de melhoria da qualidade de vida.

Pode-se conferir, em apertada síntese, que a supressão de direitos sociais no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil significou não apenas o emparedamento dos arranjos sociais menos favorecidos em confronto com o discurso da falta de recursos para prover as demandas daquele momento, mas, sobremaneira, a constatação de que os dispositivos constitucionais, previstos na CF/88, os quais assentam a primazia da cidadania a partir da garantia de direitos fundamentais, não foi plenamente coberta.

Esta imprecisão social, fruto de uma cultura da inadimplência do compromisso estatal em suprir a população menos favorecida com os serviços e os bens públicos capazes de atenuar o sofrimento, a miséria, o abandono e a degradação humana, apontam para a desmantelamento dos aparatos coletivos, sistematicamente minados pela desagregação e pela falta de mobilização dos sujeitos sociais, razões que são justificadas pelo excessivo individualismo e hedonismo, filhos impuros e tecnológicos da cultura neoliberal que se instalou no país. Trata-se de uma cultura que precisa ser combatida, a fim de reposicionar o social no seu devido patamar.

Adicionalmente, os estratagemas políticos implementados por meio de intervenções legislativas (Leis, Decretos, Portarias, Medidas Provisórias, Resoluções, etc.) visando ao esvaziamento das esferas de participação, discussão, deliberação e consenso dos sujeitos sociais, cujas mobilizações buscam a reivindicação de políticas públicas concretas, tomaram um rumo inverso ao que se preconiza na modernidade: o social como protagonista.

## Referências

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de Filosofia**. 6. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2012.

ARAÚJO, Laína J. C.; GUIMARÃES, Jairo de C. Participação institucionalizada na saúde à luz da CF/88: contribuições para o debate. **Sociedade em Debate** (Pelotas), v. 27, n. 1, p. 30-48, jan./abr., 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.47208/sd.v27i1.2886>



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

BOBBIO, Norberto. **Direita e esquerda**: razões e significados de uma distinção política. 3. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2011.

\_\_\_\_\_. **Estado, governo, sociedade**: fragmentos de um dicionário político. 21. ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Paz e Terra, 2018.

BUCCI, Maria Paula D. Pesquisa em Direito e políticas públicas. In.: QUEIROZ, Rafael M. R.; FEFERBAUM, Marina. **Metodologia da Pesquisa em Direito**: técnicas e abordagens para elaboração de monografias, dissertações e teses. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2019.

BURGAYA, JOSEP. O enfraquecimento da noção de cidadania. Rumo a uma democracia iliberal. In.: PEREIRA, Potyara A. P. **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política**. São Paulo: Cortez/Politiza, 2020.

CASTELLS, Manuel. **Ruptura**: a crise da democracia liberal. Rio de Janeiro, Zahar, 2018.

CHAUÍ, Marilena. **Cultura e democracia**: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Cortez, 2007.

COELHO, Ricardo C. **Estado, governo e mercado**. 3. ed. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: CAPES/UAB, 2014. Disponível em <file:///D:/Jairo/Downloads/PNAP%20-%20Modulo%20Basico%20-%20GS%20-%20Estado%20Governo%20e%20Mercado.pdf>. Acesso em 06 jul. 2021.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em Administração**. 10. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

CREMONESE, Dejalma. A Difícil Construção da Cidadania no Brasil. **Desenvolvimento Em Questão**, v. 5, n. 9, p. 59–84, jan./jun., 2007. DOI: <https://doi.org/10.21527/2237-6453.2007.9.59-84>

DAHL, Robert A. **Poliarquia**: Participação e oposição. São Paulo: Edusp, 1997.

DENHARDT, Robert B.; CATLAW, Thomas J. **Teorias da Administração Pública**. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2017.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

DYE, Thomas R. Mapeamento dos modelos de análise de políticas públicas. In.: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José F. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014.

ETZIONI, Amitai. Concepções alternativas de *accountability*: o exemplo da gestão da saúde. In.: HEIDEMANN, Francisco G.; SALM, José F. **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. 3. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2014.

FILGUEIRAS, Fernando. Indo além do gerencial: a agenda da governança democrática e a mudança silenciada no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 1, p. 71-88, jan./fev., 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7612161430>

FONCHAMNYO, Dobdinga; SAMA, Molem. Determinants of public spending efficiency in education and health: evidence from selected CEMAC countries. **Journal of Economics and Finance**, v. 40, n. 1, p. 199-210, 2016. DOI:10.1007/s12197-014-9310-6

GURGEL, Claudia. Democracia participativa brasileira e a participação social nas cidades: a experiência do orçamento como instrumento de controle externo: da legitimidade para uma cidadania com responsabilidade – confiança e participação. **Caderno de Direitos e Políticas Públicas**, a. 2, v. 2, n. 2, p. 21-49, jun/dez, 2020.

HARVEY, David. **O neoliberalismo: história e implicações**. 5. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2014.

MIGUEL, Luis F. **Desigualdades e democracia: o debate da teoria política**. São Paulo: Editora Unesp, 2016.

MINAYO, Maria Cecília S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

MORAES, Reginaldo C. C. Como este mundo se tornou possível? Do capitalismo organizado à desordem presente. **Revista Educação & Sociedade**, v. 40, dez., 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302019221702>

NALESSO, Ana P. P.; RIZZOTTI, Maria Luíza A.; MUSTAFA, Sâmia M. Desmonte da proteção social: uma análise da implementação do auxílio emergencial. **Temporalis**, v. 21, n. 41, p. 219-236, jan./jun. 2021. DOI 10.22422/temporalis.2021v21n41p219-236

PEREIRA, Potyara A. P. **Ascensão da nova direita e colapso da soberania política:**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

transfigurações da política social. São Paulo; Cortez, 2020.

REES, Anthony M. T. H. Marshall and the progress of citizenship. In.: BULMER, Martin; REES, Anthony M. **Citizenship today**: The contemporary relevance of T. H. Marshall. New York, USA: Routledge, 2016. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203996607>. Disponível em <<https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9780203996607/citizenship-today-martin-bulmer-anthony-rees>>. Acesso em 17 jul. 2021.

SABL, Andrew. The Two Cultures of Democratic Theory: Responsiveness, Democratic Quality, and the Empirical-Normative Divide. **Perspectives on Politics**, v. 13, n. 2, p. 345-365, jun., 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1537592715000079>

SALAMA, Pierre. Argentina, Brasil, Venezuela, populismo progressista dos anos 2000: a hora do balanço... **Revista da Sociedade Brasileira de Economia Política**, n. 51, p. 10-45, set./dez., 2018.

SANTOS, Boaventura S. **Pela mão de Alice**: o social e o político na pós-modernidade. 14. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SANTOS, Jonatha V. Entre comitês e quebradas: estilos de ativismo e mobilizações pela defesa da vida em contexto de pandemia. **Revista Ciências Sociais Unisinos**, v. 57, n. 1, p. 122-130, jan./abr., 2021. DOI: <https://doi.org/10.4013/csu.2021.57.1.11>

SECCHI, Leonardo. **Análise de políticas públicas**: diagnóstico de problemas, recomendação de soluções. São Paulo: Cengage Learning, 2019.

SILVA, Letícia B.; CASTRO, Marina M. C.; SOUZA, Rodriane O. Crises econômica e sanitária: notas de continuidade. **Temporalis**, v. 21, n. 41, p. 34-52, jan./jun., 2021. DOI 10.22422/temporalis.2021v21n41p34-52

SILVEIRA, Jucimere I. Assistência social em risco: conservadorismo e luta social por direitos. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 130, p. 487-506, set./dez., 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.120>

SOUZA, Diego O. O estado neoliberal face à covid-19: o financiamento de políticas sociais. **Temporalis**, v. 21, n. 41, p. 190-204, jan./jun. 2021. DOI 10.22422/temporalis.2021v21n41p190-204



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

SU, Thanh D.; BUI, Thi M. H. Government size, public governance and private investment: The case of Vietnamese provinces. **Economic Systems**, v. 41, n. 4, p. 651–666, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ecosys.2017.01.002>

TEJADAS, Silvia S. **Avaliação de Políticas Públicas e Garantia de Direitos**. São Paulo: Cortez, 2020.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa: do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## DESAFIOS À GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE DAS POPULAÇÕES DO CAMPO, DA FLORESTA E DAS ÁGUAS

Silvio Almeida Ferreira<sup>1</sup>  
Geovana Lima Pereira<sup>2</sup>

**Resumo:** A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) visa melhorar a saúde dos povos e populações do campo ao reconhecer gênero, gerações, raça/cor, etnia e orientação sexual, garantindo acesso aos serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e diminuindo riscos à saúde; busca melhorar os índices de saúde, considerando que essas populações têm estilos de vida, produção e reprodução social relacionados à terra. O presente trabalho tem o objetivo de identificar fatores que implicam em desafios para implementação da PNSIPCFA, como forma de contribuir para o debate no âmbito das políticas de saúde direcionadas atender as singularidades das populações do campo, da floresta e das águas (PCFA), por meio da análise de estudos científicos. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), onde realizou-se o levantamento de artigos científicos nas plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*, *SciELO (Scientific Electronic Library On line)* e PubMed. Utilizou-se os seguintes termos e caracteres booleanos: (saúde) AND (Campo) AND (Floresta) AND (águas), em levantamento realizado em abril de 2021. Aplicando-se critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 artigos para análise. A situação do acesso a saúde no/para o campo é complexa. As PCFA estão localizadas predominantemente em municípios de pequeno porte, onde existe pouca infraestrutura, menor rede de serviços públicos instalada e os mais baixos indicadores de saúde, sobretudo das regiões norte e nordeste; há extrema escassez de recursos humanos de saúde em regiões não urbanas, o que acaba causando impacto negativo em como são ofertados os serviços de saúde; não há incentivo para os profissionais de saúde exercerem suas funções em zonas rurais, somente são oferecidas soluções emergenciais como os serviços temporários, que não os fixam nesses ambientes; são múltiplas as identidades e diferenças sócio-político-culturais-ambientais dos sujeitos atendidos pela PNSIPCFA. Estes povos apresentam altos índices de pobreza, analfabetismo e dificuldades de acesso à educação que se relacionam com a falta de transportes públicos, locomoção por vias e rios de difícil

<sup>1</sup> Mestrando em Ciências da Sociedade - PPGCS/CAPES, Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva na Amazônia - PESCA/CNPQ, Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa, Santarém/PA, Brasil, E-mail: silvioalmeida@outlook.com;

<sup>2</sup> Mestranda em Ciências da Sociedade - PPGCS/CAPES, Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa, Santarém/PA, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

acesso, dificuldade de comunicação, ausência de saneamento básico e acesso limitado aos serviços de saúde e ainda travam uma luta contra-hegemônica ao poder das elites agrárias do país. Com o déficit de saneamento básico surgem comorbidades que se potencializam com os problemas socioambientais, como a sujeição a contaminação pelo uso de agrotóxicos; e socioculturais, como a desvalorização dos saberes dessas populações. A criação da PNSIPCFA foi um avanço no panorama da garantia do direito à saúde para essas populações, fruto de lutas dos movimentos sociais e outros atores a fim de alcançar notoriedade e atenção, e com isso conseguiu romper barreiras historicamente estabelecidas, as quais dificultam a garantia do acesso aos serviços de saúde. Este trabalho identificou alguns dos desafios que se impõem à garantia do direito a saúde das PCFA; estes requerem a articulação de saberes e experiências, participação social, respeito as identidades e culturas, e fortalecimento dos atores sociais no processo de formulação e implementação de políticas de saúde, educação, trabalho e meio ambiente.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde; Direito à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Saúde da População Rural; Planejamento em Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

## Introdução

A Constituição de 1988, fruto dos debates sociais, estabelece em seu artigo 23, atribuições aos entes federativos como: preservar o meio ambiente e combater a poluição e suas formas; incentivar a produção agrícola e organizar o abastecimento de alimentos; promover planos de construção de moradias e melhorar as condições habitacionais e sanitárias básicas; eliminar as causas da pobreza e marginalização e promover a integração social de grupos desfavorecidos, bem como outras atribuições.

Por força dos movimentos sociais, sendo um deste o movimento sanitarista, e com a promulgação da Constituição Federal de 1988, desenvolve-se, nas políticas de seguridade social, a adoção de novos princípios e diretrizes às políticas públicas de saúde no Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Foi na década de 80 por meio das manifestações para organizar serviços e promover justiça social que surgiram novas perspectivas para as reivindicações populares de inserir diversos grupos antes excluídos. As populações do campo, das florestas e das águas estiveram historicamente excluídas das políticas públicas de saúde no Brasil, mas com o avanço de demandas se intensificou discussões nessa área em diversos debates promovidos nos últimos anos (BRASIL, 2015).

As especificidades das populações do campo, da floresta e das águas, mesmo com a criação de políticas de saúde que buscaram implementar estes novos princípios, estiveram, por muito tempo, à margem do sistema de saúde brasileiro. Como observa Silva (2015), às políticas e ações em saúde não consideravam a diversidade e as dinâmicas desses espaços, tampouco as diversidades sociais e culturais dos grupos populacionais em suas formas de organização.

O termo Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA) foi utilizado a partir da 14ª Conferência Nacional de Saúde, desconsiderando a expressão população rural. Este encontro tornou-se um marco histórico na saúde ao aprovar a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PNSIPCFA) e por reconhecer as especificidades dessas populações que habitam em diferentes regiões do país com estilos e modos de vida singulares (PESSOA E CARNEIRO, 2018).

A PNSIPCFA foi instituída através da Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011 e pactuada pela Comissão de Intergestores Tripartite (CIT) para atender às necessidades de atenção à saúde das PCFA, de acordo com a Resolução nº 3, de 6 de dezembro de 2011, que por sua vez, orienta o seu Plano Operativo.

A operacionalização desta política de saúde depende do comprometimento de gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como de gestores de estados e municípios, além de articulações com outras políticas públicas que promovam melhores condições de vida e saúde dessas populações, principalmente aquelas dirigidas para as questões agrárias e para o



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

financiamento da assistência técnica, particularmente à agricultura familiar e camponesa (BRASIL, 2013).

É fato que existem dificuldades a serem superadas na implementação da PNSIPCFA; neste sentido, através da busca dos fatores que impedem uma maior eficiência desta política de saúde, construindo conhecimento dos desafios que se impõe aos gestores e profissionais da saúde, pode-se desenvolver ações mais assertivas que trabalhem aspectos resolutivos, contribuindo para a garantia do direito à saúde para estas populações.

O presente trabalho tem como objetivo identificar fatores que implicam em desafios para implementação da PNSIPCFA como forma de contribuir para o debate no âmbito das políticas de saúde direcionadas para atender as singularidades das populações do campo, da floresta e das águas, por meio da análise de estudos científicos.

## Método

Trata-se de uma Revisão de Integrativa da Literatura (RIL) que permite “a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenômeno analisado” (SOUZA 2010, p 103). Pretende-se, assim, contribuir na produção de conhecimentos que possam ser aplicados numa realidade circunstancial (Gil, 2002).

Realizou-se o levantamento dos artigos científicos na plataforma da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando os seguintes termos e caracteres booleanos: (saúde) *AND* (Campo) *AND* (Floresta) *AND* (águas) em abril de 2021. Obteve-se como resultado 19 artigos.

Posteriormente, procedeu-se a leitura dos títulos, resumo, assuntos e palavra-chave, aplicando-se os critérios de inclusão (texto completo, documento em formato de artigo, idioma português, disponível para acesso) e exclusão (teses, monografias, artigo de revisão, artigos duplicados e não apresentar conteúdo relacionado ao tema da pesquisa) sendo selecionados 5 artigos para análise.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Na base do *PubMed (National Library of Medicine)* foi selecionado 1 exemplar para análise aplicando os mesmos critérios. Outras bases pesquisadas, *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)* e *SciELO (Scientific Electronic Library Online)* não apresentaram acréscimo de exemplares.

## Resultados e discussão

### *Caracterização dos artigos selecionados para o estudo.*

Dos 19 artigos obtidos na plataforma BVS foram selecionados 5 para a análise; na *PubMed* foi selecionado 1 artigo, totalizando 6 artigos para leitura e análise que estão apresentados no quadro 1. Verificou-se através dos resultados obtidos que as produções relacionadas a temática ainda são escassas, representando a necessidade de mais pesquisas nesta área de estudo. Apresentamos a seguir no quadro 1 uma caracterização dos estudos incluídos para análise.

**Quadro 1.** Características dos artigos incluídos na revisão.

Título	Autores	Periódico	Objetivo do Estudo	Ano
Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente	Carneiro, FF; Pessoa, VM.	Trabalho, Educação e Saúde	Esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente	2021
A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros	Oliveira, AR; Sousa, YG, Silva, DM; Alves, JP; Diniz, IVA; Medeiros, SM; Martiniano, CS; Alves, M.	Revista Gaúcha de Enfermagem	Analisar a visão de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre a atenção a saúde de populações rurais	2020



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará	Costa, LA; Carneiro, FF; Almeida, MM; Machado, MFAS; Dias, AP; Menezes, FWP; Pessoa, VM.	Saúde Debate	Analisar as práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF) em territórios rurais no Ceará	2019
Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?	Pessoa, VM; Almeida, MM; Carneiro, FF.	Saúde Debate	Problematizar a situação de saúde das populações do campo, da floresta e das águas, os desafios e as estratégias adotadas para garantir o direito à saúde	2018
Caça às informações: acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços do SUS	Silva, JFS.	Saúde Redes	Compartilhar a descrição do processo metodológico, das escolhas e dos caminhos percorridos na pesquisa referente ao "Acesso das populações do campo, da floresta e das águas às ações e serviços no Sistema Único de Saúde".	2017
Educação, promoção e vigilância em saúde: integração entre saberes e práticas com movimentos sociais camponeses	Souza, MS; Machado, JMH; Fenner, ALD; Lima, ASG; Knierim, GS; Corrêa, VS.	Comunicação Ciência e Saúde	Construção teórico-metodológica de práxis educativa em saúde para emancipação de povos com histórico de dominação colonial, integrando saberes e práticas entre pesquisadores, gestores, trabalhadores da saúde e movimentos sociais, por meio da vigilância em saúde e promoção da saúde.	2017

Fonte: Autores, 2021.

## Política de saúde às Populações do Campo da Floresta e das águas (PCFA): algumas Convergências

A seguir apresentamos as principais discussões decorrentes das problemáticas apresentadas nos artigos analisados que representam desafios a serem debatidos e enfrentados pelas autoridades sanitárias e que estão presentes no cotidiano das PCFA.

A PNSIPCFA visa melhorar a saúde dos povos e populações do campo ao reconhecer gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, garantindo acesso aos serviços de saúde;



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

diminuição de risco à saúde resultante da modernização em tecnologia agrícola e melhorar os índices de saúde, é importante salientar que essas populações têm estilos de vida, produção e reprodução social relacionados à terra (BRASIL, 2013).

Como se percebe, a ênfase às populações do Campo, da Floresta e das Águas, reflete a preocupação em reconhecer suas especificidades em meio a outras políticas de saúde. Dentre outras questões importantes, destacamos a preocupação em direcionar ações mais a nível local, baseada em critérios como densidade populacional e tamanho dos centros urbanos localizados dentro de uma região. Neste particular, há que se enfatizar as questões complexas que envolve, por exemplo, a dimensão do que se entende por rural, em que são debatidos novos contornos teóricos sobre a ruralidade em que se pretende estabelecer uma tipologia que possa contemplar as diversidades existentes no vasto território brasileiro (MIRANDA, 2013).

De fato, a situação de saúde no/para o/do campo é complexa. Há extrema escassez de recursos humanos de saúde em regiões não urbanas, o que acaba por exercer impacto negativo em como são ofertados os serviços de saúde, e em muitos casos até não são ofertados. O não incentivo aos profissionais de saúde a exercerem suas funções em zonas rurais, oferecendo soluções emergenciais como os serviços temporários, o que acaba não os fixando nestes ambientes e, com isso, as pessoas acabam por ficarem desamparadas de serviços públicos de saúde constantes e de qualidade (PESSOA, ALMEIDA e CARNEIRO, 2018; OLIVEIRA 2021).

São múltiplas as identidades e diferenças sócio-político-culturais-ambientais dos sujeitos beneficiados com a PNSIPCFA como indígenas, camponeses, agricultores familiares, trabalhadores rurais assentados, acampados, assalariados que residam ou não no campo; comunidades de quilombos; populações que habitam ou usam reservas extrativistas; populações ribeirinhas; populações atingidas por barragens; e outras comunidades tradicionais do campo e floresta (BRASIL, 2013).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Neste contexto, o processo de trabalho com estas populações demanda dos serviços de saúde o estabelecimento de vínculos e conhecimento do ambiente cultural de cada grupo populacional. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das políticas de saúde que busca trabalhar neste sentido, dentre seus requisitos fundamentais à organização das ações e serviços traz três aspectos fundamentais: o conhecimento do território; o conhecimento das necessidades, problemas e demandas da população que habita esse território (riscos e danos, percebidos ou não pelas pessoas); e a organização das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (que inclui o processo de trabalho e as ações intersetoriais). A ESF elege como pontos centrais a responsabilização por um determinado território e, por meio das ações busca criar laços e compromisso entre os profissionais e a população (FARIA; WERNECK, 2019).

Estas populações estão localizadas predominantemente em municípios de pequeno porte sobretudo das regiões norte e nordeste, onde existe pouca infraestrutura, menor rede de serviços públicos instalada e os mais baixos indicadores de saúde (SOUZA *et al.*, 2017). Apresentam altos índices de pobreza, analfabetismo e dificuldades de acesso à educação que se relacionam com a falta de transportes públicos, locomoção por vias e rios de difícil acesso, dificuldade de comunicação, a ausência de saneamento básico e acesso limitado ao serviço de saúde (PESSOA; ALMEIDA; CARNEIRO, 2018).

A ESF, possui convergência com a PNSIPCFa com abrangência de aspectos condizente com os princípios e diretrizes do SUS e trazem dentro do escopo de ações um leque de possibilidade para a Atenção Primária em Saúde (APS) com ações articuladas e direcionada a nível local à garantia do direito à saúde destas populações que por muito tempo esteve ausentes da políticas de saúde.

Souza *et al.* (2017, p. 172), salientam que estes povos ainda travam uma “luta contra-hegemônica ao poder das elites agrárias do país, herança da dominação colonial que ainda persiste no meio rural brasileiro, hoje denominada de agronegócio”, lutas estas que denunciam



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

as mazelas trazidas pelo capitalismo impactando no modo de vidas das comunidades e dos trabalhadores (SOUZA *et al.*, 2017; COSTA *et al.*, 2019).

Folgado (2015), aponta que as “forças do capital” que tem atuado no Brasil, dentro das perspectivas do chamado neodesenvolvimento, tem causando conflitos socioambientais e são os principais causadores de mortes e doenças entre as populações do Campo, da Floresta e das Águas. Salienta este autor, que existem duas posições de desenvolvimento antagônicas e distintas, que, constantemente, são postas em atrito no contexto político e social brasileiro. Uma com base em suas ações no agronegócio e atende aos interesses do desenvolvimento econômico; e outra baseada na concepção agroecológica, busca acentuar a importância social e cultural das populações em suas diversas dimensões da vida em sociedade (FOLGADO, 2015).

De fato, a concepção evidenciada por Folgado (2015) que causa mais conflitos e impactos negativos com adoecimentos e mortes no campo, na floresta e nas águas, é justamente a atual perspectiva defendida por determinadas forças políticas, no entanto, há que se ressaltar que esta posição, não considera os aspectos sociais e culturais das populações residentes nesses territórios e sim atende aos interesses do capital financeiro, seguindo a lógica neoliberal de regulação e controle das ações do Estado com a privatização dos recursos naturais e dos serviços públicos.

A PNSIPCFA destaca vários determinantes sociais como importantes fatores para o aumento das desigualdades da PCFA, como a estrutura fundiária no processo de distribuição de terra; saneamento básico que direta e/ou indiretamente contribui para o surgimento de doenças por veiculação hídrica, parasitoses intestinais e diarreias, responsáveis pela elevação da taxa de mortalidade infantil; dispersão física dessas populações; problemas socioeconômicos vinculados à ausência ou insuficiência de políticas públicas de saúde e saneamento; e a escassez de recursos públicos aplicados nessas comunidades (BRASIL, 2013).

Quando existe um déficit de saneamento básico que é a base para a qualidade de vida dessas populações, surgem diversas comorbidades que são consequência da falta de água





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

tratada, esgotos a céu aberto, falta de destino adequado do lixo e dejetos (SILVA, 2017). Em algumas realidades coincidem com os problemas socioambientais como por exemplo a sujeição a contaminação pelo uso de agrotóxicos – um problema vivido e que ainda se desconhece as consequências para a saúde humana – e rios contaminados por mercúrio; e socioculturais como desvalorização dos saberes das PCFA, visto como o não reconhecimento das práticas populares de saúde (COSTA *et al.*, 2019; CARNEIRO e PESSOA, 2020).

Morosini e Fonseca (2017) destacam que os métodos de terceirização e privatização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) impactou consolidação da Portaria GM/MS nº 958, de maio de 2016, onde houve a alteração do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), implicando nas áreas de cobertura dos serviços e desconsiderando a importância deste profissional nas estratégias de saúde. Neste processo as empresas criam as rotinas baseadas em conhecimentos técnicos e não se atentam às diferentes realidades, sendo o ACS o profissional de maior “elo” entre a população e os serviços de saúde (MOROSINI E FONSECA, 2017).

Portanto, verifica-se a necessidade de empenho dos gestores na formulação de políticas para proporcionar a melhoria da vida e da saúde das PCFA, como educação, trabalho, saneamento e meio ambiente (BRASIL, 2013). Carneiro e Pessoa (2020) ressalta um dos grandes desafios atuais à promoção da saúde das PCFA em contexto da pandemia que exige ações de caráter dinâmico e cooperativo entre órgãos governamentais e sociedade civil engajada com a causas sociais ligadas a esses povos para que haja garantia de direitos fundamentais na manutenção da vida.

Cabe então a sociedade civil organizada reivindicar do Estado que as políticas de saúde sejam garantidas as estas populações, contemplando seus espaços socioculturais e territórios, por meio do acesso às ações e serviços de saúde, voltadas para o desenvolvimento e a garantia do direito à saúde, com redução de riscos e agravos, melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## Considerações finais

A criação da PNSIPCFA foi um avanço no panorama da garantia do direito à saúde para essas populações, sendo fruto de lutas dos movimentos sociais e outros atores a fim de alcançar notoriedade e atenção, e com isso conseguiu romper barreiras historicamente estabelecidas, as quais dificultam a garantia do acesso aos serviços de saúde.

Apresentou-se alguns desafios que se impõe a PCFA e impede a garantia do direito à saúde, estes requerem a articulação de saberes e experiências, em diálogo com a participação comunitária, respeitando suas identidades, culturas, para que se possa fortalecer a luta por melhores condições de vida dos atores sociais envolvidos.

É dever do Estado garantir políticas de saúde que atendam as especificidades das populações do campo, floresta e águas e políticas agrícolas sustentáveis que não degradem o meio ambiente e que trabalhe a distribuição de riquezas de maneira igualitária. É necessário também, o incentivo à participação social dessas populações em instâncias deliberativas do SUS como os conselhos de saúde como forma de contribuir com os gestores, setores, instituições e atores para implementação da política.

## Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CALDAS, R. W. (Coord.). **Políticas públicas: conceitos e práticas**. Belo Horizonte: SEBRAE/MG, 2008.

CARNEIRO, Fernando Ferreira; PESSOA, Vanira Matos. Iniciativas de organização comunitária e Covid-19: esboços para uma vigilância popular da saúde e do ambiente.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, e00298130, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300307&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 Abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00298>.

COSTA, Leandro Araujo da *et al.* Estratégia Saúde da Família rural: uma análise a partir da visão dos movimentos populares do Ceará. **Saúde em Debate** [online]. v. 43, n. spe8., pp. 36-49. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S803>>. Acessado em: 3 Abr. 2021.

FARIA, H. P.; WERNECK, M. A. F. **Processo de trabalho em saúde e modelo de atenção. Belo Horizonte.** Nescon/UFMG p. 94, 2019. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao\\_Versao\\_Final.pdf](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Processo-trabalho-em-saude-modelo-atencao_Versao_Final.pdf). Acesso em: 3 de abr. 2021.

FOLGADO, Cleber. **Impactos dos modelos de desenvolvimento para as populações do campo, da floresta e das águas.** In: BRASIL. Ministério da saúde. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** - 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

OLIVEIRA, Arleusson Ricarte de *et al.* A Atenção Primária à Saúde no contexto rural: visão de enfermeiros. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 41, e20190328, 2020. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472020000100431&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472020000100431&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 3 Abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190328>.

PESSOA, Vanira Matos; ALMEIDA, Magda Moura; CARNEIRO, Fernando Ferreira. Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil?. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 302-314, set. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500302&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 3 abr. 2021. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s120>.

SILVA, Fátima Cristina Cunha Maia. **Saúde, políticas, Ambiente:** um diálogo inevitável. In: BRASIL. Ministério da saúde. Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it?. **Einstein** (São Paulo) [online]., v. 8, n. pp. 102-1061. 2010.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>>. ISSN 2317-6385.  
Acessos em: 3 abr. 2021. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

SAÚDE DA MULHER NEGRA DO QUILOMBO MURUMURU EM SANTARÉM,  
PARÁ

Geovana Lima Pereira<sup>1</sup>  
Silvio Almeida Ferreira<sup>2</sup>  
Heloisa do Nascimento de Moura Meneses<sup>3</sup>

**Resumo:** A Constituição brasileira afirma que é dever do Estado assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde a toda e qualquer população. As comunidades negras são consideradas mais vulneráveis ao adoecimento do que a população branca. Os negros têm expectativa de vida menor que os brancos e maior índice de mortalidade infantil. Existem doenças mais prevalentes na população negra, como a hipertensão arterial, diabetes e principalmente a anemia falciforme, doença genética que possui alta morbimortalidade. O meio de subsistência dessas comunidades se dá através de trabalhos rurais, culturais como o artesanato, pesca, e muitos dependem de programas de transferência de renda. A maioria das mulheres negras se encontram abaixo da linha da pobreza, a taxa de analfabetismo é o dobro das brancas; a maioria, têm filhos e são chefes de família, solteiras, separadas ou viúvas e têm menos acesso a serviços de saúde, principalmente relacionados à atenção ginecológica e atendimentos de assistência obstétrica. Neste trabalho se propôs averiguar o acesso aos serviços de promoção a saúde de mulheres negras do quilombo Murumuru, em Santarém, Pará. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada por meio da aplicação de questionário. Realizou-se o levantamento dos dados em dezembro de 2017. Participaram 80 mulheres com idade acima de 18 anos, do quilombo Murumuru – situado na rodovia Curua-Úna, aproximadamente 48 quilômetros da zona urbana de Santarém. Obteve-se consentimento livre e esclarecido das mulheres e autorização da Associação de Remanescentes Quilombolas de Murumuru (ARQUIMU), e da Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS). Este estudo é parte do trabalho de conclusão do curso de Bacharelado em Saúde da Universidade Federal do Oeste do Pará. O quilombo possui 116 famílias, aproximadamente 400 pessoas e 137 mulheres. A renda familiar da maioria (68,75%), é derivada de programas sociais como o Bolsa família (61,25%) e aposentadoria (7,5%), sendo que 38,75% não são assalariadas; 82,5% realizam o exame preventivo a fim de prevenir câncer e doenças ginecológicas; 77,5% nunca fizeram mamografia, sendo que 55% afirmaram “não acha necessário” ou não tem a idade

<sup>1</sup> Mestranda em Ciências da Sociedade - PPGCS/CAPES, Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa, Santarém/PA, Brasil, E-mail: [geovana\\_lpereira@hotmail.com](mailto:geovana_lpereira@hotmail.com)

<sup>2</sup> Mestrando em Ciências da Sociedade - PPGCS/CAPES, Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva na Amazônia - PESCA/CNPQ, Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa, Santarém/PA, Brasil

<sup>3</sup> Doutorado em Ciências, Grupo de Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva na Amazônia - PESCA/CNPQ, Universidade Federal do Oeste do Pará – Ufopa, Santarém/PA, Brasil



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

mínima para fazer o exame. O PCCU é importante para detectar precocemente o câncer de colo do útero e a mamografia por identificar precocemente o câncer de mama. O alto índice de mortalidade feminina por conta desses caracteriza um grande problema de saúde pública. No quilombo, não há unidade básica de saúde e as mulheres precisam se deslocar para outra comunidade ou Santarém para realizarem exames, consultas e atendimentos básicos. Alguns problemas de saúde são resolvidos por rezadeiras, puxadeiras e uso de plantas medicinais (41,79%), como dores estomacais (41,79%), dores abdominais (14,92%) e tosse e febre (11,94%). As mulheres vivem em condições de vulnerabilidade social e suscetíveis a adoecimentos que poderiam ser sanados com políticas públicas que contemplassem o acesso à saúde, a informação e combate às desigualdades sociais. Contudo, é necessário analisar a saúde da mulher negra de forma mais aprofundada, desenvolvendo técnicas que possam enxergar as especificidades nos processos de adoecimentos com o objetivo de planejar ações mais assertivas.

**Palavras-chave:** Saúde da Mulher; Saúde das Minorias Étnicas; Acesso à Saúde; Políticas Públicas de Saúde; Direito à Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A Constituição brasileira afirma que é dever do estado assegurar o direito de acesso aos serviços de saúde a toda e qualquer população, inclusive a afro-brasileira. Para Freitas *et al.* (2009), a população negra nem sempre é contemplada nas Ações e Serviços de Saúde Pública (ASSP), o sistema de saúde brasileiro compromete a saúde dessa população quando não a percebe como sendo um povo que tem suas particularidades, no que dizem respeito à cultura, religião, modo e estilo de vida; estas particularidades devem ser observadas e vistas como condições importantes nos processos de diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Percebe-se que a invisibilidade das comunidades negras e/ou quilombolas do Brasil, implicam na dificuldade de acesso à assistência em saúde, o que causa aos indivíduos implicações subjetivas intensas nas condições de saúde (FREITAS *et al.*, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a vulnerabilidade está relacionada à capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. A noção de vulnerabilidade reafirma a visão de que os seres humanos são constituídos em sua diversidade a partir das diferenças existentes, não cabendo a ideia de pensar em ações e práticas baseando em uma perspectiva de sujeitos universais (BRASIL, 2007).

A população negra é mais vulnerável do que a população branca quanto ao adoecimento, esse quadro é mais preocupante quando se trata de negros residentes em áreas rurais, como os quilombolas; uma vez que a “raça” continua sendo uma categoria que revela situações de discriminações e desigualdades sociais, visto que as características fenotípicas continuam sendo usadas para diferenciar e classificar as pessoas negras de forma hierárquica e negativa (SILVA, 2007)

Segundo Freitas *et al.* (2011), a população quilombola cotidianamente luta por igualdade de direitos, raciais, posse e regularização de suas terras, ampliação de uma cidadania plena e pela equidade na saúde. Ainda segundo estes autores, há comunidades quilombolas em todo território brasileiro, muitas são formadas por forte vínculo de parentesco, o que contribui para a preservação das tradições culturais e religiosas; geralmente essas comunidades se mantêm através de trabalhos rurais, culturais como o artesanato e a pesca, muitos dependem de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, aposentadoria, entre outros.

Conforme o Ministério da Saúde, dados socioeconômicos, mostram que a maioria das mulheres negras se encontram abaixo da linha da pobreza e a taxa de analfabetismo das negras é o dobro das brancas; a maioria das mulheres negras, têm filhos e são chefes de família, solteiras, separadas ou viúvas (BRASIL, 2005).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Os aspectos socioeconômicos e a discriminação das mulheres negras estão relacionados com a precariedade do acesso aos serviços de saúde, principalmente relacionados à atenção ginecológica e atendimentos de assistência obstétrica que vão desde o pré-natal até puerpério; as negras possuem ainda, maior risco que as brancas de adquirir determinadas doenças, como a hipertensão e anemia falciforme, por exemplo, e conseqüentemente morrem mais cedo (BRASIL, 2005).

No Brasil, em 1983, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), esse programa surgiu após uma grande pressão feita pelo movimento feminista, que buscou romper com a visão curativa da doença e partindo para o entendimento mais ampliado de saúde (NASCIMENTO *et al.*, 2011).

Atualmente, o PAISM reúne ações relacionadas a práticas educativas e preventivas, assim como o diagnóstico, tratamento e recuperação da saúde, e assegura atendimento e serviços especializados às mulheres grávidas, como atendimento ginecológico, pré-natal, parto, planejamento familiar, tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), prevenção do câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004).

Em 2005, foi criada a Atenção à Saúde das Mulheres Negras tendo como foco a perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal; esta política, compreende os direitos sexuais e reprodutivos humanizados, desenvolvendo serviços conforme as especificidades da mulher negra, focando na questão de gênero e racismo (VOLPATO *et al.*, 2015).

De acordo com Lima e Volpato (2014), é necessário analisar a saúde da mulher negra de uma forma mais aprofundada, desenvolvendo técnicas que possam enxergar as especificidades no processo de adoecimento com o objetivo de planejar ações que evitem a disseminação de doenças, morte materna em mulheres negras e anemia falciforme, sendo que os principais fatores que influenciam no adoecimento são as questões de racismo, gênero e desigualdades de classes existentes na sociedade.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Há vários tipos de doenças que são prevalentes nas pessoas negras, como a hipertensão arterial, diabetes e principalmente a anemia falciforme, esta possui uma prevalência alta nos afrodescendentes, sendo uma doença genética, incurável que possui alta morbimortalidade, o que levou esta comorbidade ser incluída nas ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNAISPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012).

Segundo Marques *et al.* (2014), estudos que envolvam aspectos e recortes étnico/raciais na assistência à saúde e condições de vida da população quilombola, são de grande relevância, dado que, estes aspectos têm o potencial de produzir impacto positivo sobre os indicadores de saúde dos indivíduos e geralmente salienta a vulnerabilidade de uma população.

Este trabalho tem como objetivo averiguar as condições de acesso a serviços de promoção à saúde de mulheres negras residentes no quilombo Murumuru, no município de Santarém, no estado do Pará.

## **Método**

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem quantitativa, realizada por meio da aplicação de questionário. De acordo com Zanella (2013), a pesquisa descritiva procura conhecer a realidade estudada, suas características e problemas, e a pesquisa quantitativa é caracterizada pelo uso de instrumentos estatísticos e tem como finalidade de medir relações entre as variáveis.

O questionário foi previamente elaborado e testado em um grupo de 10 mulheres para permitir sua avaliação, revisão e aplicabilidade. Após os ajustes necessários, realizou-se o levantamento dos dados em dezembro de 2017. Participaram da pesquisa mulheres com idade acima de 18 anos, residentes do quilombo Murumuru que fica situado na rodovia Curua-Úna,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

a aproximadamente 48 quilômetros da zona urbana do município de Santarém, no estado do Pará.

Obteve-se o consentimento livre e esclarecido das mulheres e autorização da Associação de Remanescentes Quilombolas de Murumuru (ARQUIMU), e da Federação das Organizações Quilombolas de Santarém (FOQS).

Para a análise dos dados as informações coletadas foram tabuladas e apresentadas em tabelas construídas no programa Microsoft Excel 2016 e os resultados apresentados em formato de monografia. Este estudo apresenta dados parciais da monografia de conclusão do curso de Bacharelado em Saúde, do Instituto de Saúde Coletiva (Isco) da Universidade Federal do Oeste do Pará (Ufopa).

## Resultados e discussão

Participaram da pesquisa 80 mulheres com faixa etária entre 18 e 69 anos. A faixa etária foi organizada de acordo com a utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): 18 a 19 anos (jovens); de 20 a 59 (adultos), considerando que de 20 a 44 anos são jovens adultos e de 45 a 60 adultos de meia-idade; e mais de 60 anos (idosos).

Conforme a tabela 1, observa-se que a maioria das mulheres participantes são adultas, sendo que 68,75% têm idade entre 20 e 44 anos e 15% entre 45 a 60.

Tabela 1 – Faixa etária das mulheres do quilombo Murumuru, Santarém (PA).

Faixa etária (anos)	N	(%)
---------------------	---	-----



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

18-19	7	8,8
20 - 44	55	68,7
45 - 60	12	15
Mais de 60	6	7,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fonte: Autores, 2018.

A renda familiar da maioria das mulheres (68,75%), é derivada de programas sociais como o Bolsa Família (61,25%) e aposentadoria (7,5%), sendo que 38,75% não são assalariadas.

A tabela 2 descreve a realização ou não dos exames Preventivo de Câncer do Colo Uterino (PCCU) e mamografia de acordo com a idade. Observa-se que 82,5% das mulheres já haviam realizado o PCCU, sendo que 58,75% das que realizaram têm idade entre 20 e 44 anos; 77,5% nunca fizeram mamografia, sendo que 55% disseram que não acha necessário ou não têm a idade mínima estabelecida para fazer o exame.

Tabela 2 - Realização ou não do PCCU e mamografia por mulheres do quilombo Murumuru, Santarém (PA).

\_\_\_\_\_

**Idade (anos)**

\_\_\_\_\_



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Variáveis	Até 19		20 - 44		45 - 60		>60		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>PCCU</b>										
Sim	3	3,75	47	58,75	11	13,75	5	6,25	66	82,5
Não	4	5	8	10	1	1,25	1	1,25	14	17,5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8,75</b>	<b>55</b>	<b>68,75</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>7,5</b>	<b>80</b>	<b>100</b>
<b>Mamografia</b>										
Sim	1	1,25	6	7,5	8	10	3	3,75	18	22,5
Não	6	7,5	49	61,25	4	5	3	3,75	62	77,5
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>8,75</b>	<b>55</b>	<b>68,75</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>6</b>	<b>7,5</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Fonte: Autores, 2018.

O PCCU é extremamente importante para a manutenção da saúde da mulher, visto que além de detectar precocemente o câncer de colo do útero é possível detectar algumas doenças ginecológicas causadas por fungos e bactérias. Enquanto que a mamografia é capaz de identificar tumores nas mamas que podem ser benignos ou malignos, detectando precocemente o câncer de mama. O alto índice de mortalidade feminina por conta dos cânceres de colo de útero e mama caracteriza um grande problema para a saúde pública no Brasil.

A Lei 11.664 de 29 de abril de 2008, que dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que a realização do exame do colo uterino deve abranger todas as mulheres que tenham iniciado a vida sexual, independentemente da idade; estabelece ainda que a idade para fazer o exame de mamografia é a partir de 40 anos (BRASIL, 2008).

Nesse contexto, observou-se que as mulheres do quilombo Murumuru realizaram o exame preventivo, principalmente, por conta da vida sexual ativa, de modo a prevenir o câncer e doenças ginecológicas como, por exemplo, as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres no mundo todo (depois do de pele, não melanoma), esta doença também acomete homens, mas é raro e representa apenas 1% do total de casos. O câncer é relativamente



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

raro antes dos 35 anos, após esta idade sua incidência cresce progressivamente, principalmente a partir dos 50 anos (BRASIL, 2016).

A mamografia identifica qualquer nódulo nas mamas e detecta o câncer na fase inicial possibilitando um tratamento menos agressivo e aumentando as hipóteses de cura. No Brasil, a recomendação é que as mulheres a partir dos 40 anos façam o exame de mamografia (BRASIL, 2008).

A tabela 3, logo abaixo, descreve algumas variáveis relacionadas à saúde da mulher negra do quilombo Murumuru conforme a idade. Verifica-se que 83,7% das participantes da pesquisa fazem o uso de plantas medicinais para prevenir ou tratar doenças, sendo que 56,25% têm idade entre 20 a 44 anos; nessa mesma faixa etária a maioria 73,75%, disseram que não possuem dificuldade de acesso a serviços de saúde na comunidade.

Com relação à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, constatou-se que no quilombo não há unidade básica ou posto de saúde (em período remanescente a Unidade de Saúde foi desativada), sendo que as mulheres precisam se deslocar até a comunidade mais próxima para realizarem consultas médicas e atendimentos básicos como, por exemplo, vacinas, atendimentos odontológicos e aquisição de medicamentos disponibilizados pelo SUS; os atendimentos não são agendados e os exames solicitados são realizados em Santarém, que fica a aproximadamente 48 km de deslocamento.

Não se pode afirmar sobre o entendimento e/ou percepção das mulheres participantes da pesquisa sobre o que para elas seja acesso a serviços de saúde. Visto que a maioria disse que não têm dificuldade de acesso a serviços de saúde na comunidade, sendo que se verificou, conforme o contexto apresentado, algumas barreiras que indicam o contrário dessa afirmação.

Essa questão do acesso à saúde nas comunidades quilombolas ainda se caracteriza como grave problema no que tange aos debates que abordam a análise das responsabilidades do poder público quanto: a exclusão/inclusão; desigualdade/igualdade; iniquidade/equidade; do



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

gerenciamento do sistema sanitário e do respeito à cultura e identidade étnica (VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

Tabela 3 - Variáveis relacionadas à saúde das mulheres do quilombo Murumuru, Santarém (PA), no ano de 2017.

Variáveis	Idade (anos)								Total	
	Até 19		20 - 44		45 - 60		>60		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Uso de plantas medicinais</b>										
Sim	6	7,5	45	56,25	10	12,5	6	7,5	67	83,7
Não	1	1,25	10	12,5	2	2,5	0	0	13	16,3
Total	7	8,75	55	68,75	12	15	6	7,5	80	100
<b>Dificuldade de acesso à saúde</b>										
Sim	2	2,5	13	16,3	5	6,25	1	1,25	21	26,3
Não	5	6,3	42	52,5	7	8,75	5	6,25	59	73,8

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Total	7	8,75	55	68,75	12	15	6	7,5	80	100
<b>Doenças (aguda ou crônica)</b>										
Diabetes	0	0	4	8,51	3	6,38	2	4,25	9	19,1
Hipertensão	0	0	3	6,38	6	12,8	3	6,38	12	25,5
Dengue	0	0	2	4,25	0	0	2	4,25	4	8,51
Anemia	2	4,3	24	51,1	1	2,12	1	2,12	28	59,6
Depressão	0	0	4	8,51	2	4,25	0	0	6	12,8
Malária	0	0	1	2,12	1	2,12	2	4,25	4	8,51
Outras	1	2,1	2	4,25	3	6,38	2	4,25	8	17

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Ainda com base nos dados da tabela 3, nota-se que 51,1% das mulheres com idade entre 20 a 44 anos possuem anemia, vale ressaltar, que estas não especificaram o tipo da doença. Há vários tipos de anemias, porém a anemia falciforme é o tipo mais comum na população negra, sendo que as comunidades nem sempre possuem informações sobre a doença, e quando se tem informações, estas estão em uma linguagem técnica/biomédica que dificulta o entendimento.

Ainda com base nos dados da tabela 3, nota-se que 51,1% das mulheres com idade entre 20 a 44 anos possuem anemia, vale ressaltar, que estas não especificaram o tipo da doença. Há vários tipos de anemias, porém a anemia falciforme é o tipo mais comum na população negra, sendo que as comunidades nem sempre possuem informações sobre a doença, e ao ter informações, estas estão em uma linguagem técnica/biomédica que dificulta o entendimento.

Para Meneses *et al.* (2015) às comunidades quilombolas são compostas por indivíduos afrodescendentes que, em muitos dos casos, estabelecem casamentos entre si, assim, se mantém elevadas as hipóteses de prevenção, educação em saúde e aconselhamento genético que visa facilitar a compreensão das pessoas que necessitem tomar decisão reprodutiva. A atenção à saúde das populações que estão suscetíveis ao desenvolvimento desta enfermidade, bem como a educação em saúde com difusão de informações e o atendimento precoce constituem-se como medidas positivas e necessárias (MENESES *et al.*, 2015).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

A tabela 4, mostra as doenças e sintomatologias mais comumente tratadas com plantas medicinais pelas mulheres do quilombo Murumuru, sendo que a maioria (41,79%) das participantes utilizam esse tipo de tratamento alternativo para tratar sintomas relacionados às dores estomacais.

Tabela 4 - Doenças mais comuns tratadas com plantas medicinais por mulheres do quilombo Murumuru, Santarém (PA).

<b>Doenças</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Anemia	6	8,95
Diabete e Hipertensão	4	5,97
Dores estomacais	28	41,79
Dores abdominais	10	14,92
Dor de cabeça (Cefaleia)	4	5,97
Inflamações diversas	6	8,95
Prevenção de doenças	1	1,49
Tosse e febre	8	11,94
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100</b>

Fonte: Autores, 2018.

Com base nas informações levantadas, verifica-se que além de cuidar da casa e dos filhos, as mulheres do quilombo também são responsáveis por cuidar da saúde e bem-estar dos seus familiares. Assim, para enfrentar a deficiência dos serviços básicos de saúde, as mulheres quilombolas recorrem ao conhecimento tradicional na manipulação de plantas para produção de remédios, utilizados para diversos tratamentos de saúde.

A utilização de plantas medicinais para tratar e prevenir doenças faz parte da cultura dos povos amazônicos, principalmente onde o acesso aos serviços de saúde é mais precário. As mulheres, principalmente benzedeiras e parteiras, cuidam da saúde das outras pessoas; elas costumam usar plantas medicinais para tratar diferentes sintomatologias de doenças que acometem essa população (SILVA, 2007).





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Nos quilombos essa prática ainda é muito forte, uma tradição que se mantém forte; geralmente os chás, as garrafadas, os xaropes e outros remédios são feitos a partir de folhas, pedaços e cascas de plantas, mesmo com o crescimento da indústria farmacêutica e facilidade que se tem para a compra de medicamentos. As mulheres, benzedadeiras e parteiras disseram saber exatamente para que sintomas as plantas são utilizadas.

Na comunidade quilombola Murumuru há uma mobilização por parte das mulheres com a organização do grupo social "Guerreiras do Quilombo" dedicado ao enfrentamento das dificuldades encontradas, elas produzem artesanato, comidas típicas, reciclagem de óleo para fabricação de sabão, promovem eventos e oficinas para ajudar na renda familiar e contribuir com o desenvolvimento de ações educativas. Além disso, observou-se que a maioria das mulheres exerce um papel muito importante para a comunidade buscando cuidados para si mesmas e suas famílias.

## **Considerações finais**

Os determinantes relacionados à saúde constituem-se como fatores que podem causar prejuízos à saúde de uma população; as mulheres do quilombo Murumuru, vivem em condições de grande vulnerabilidade social e por esse motivo estão mais suscetíveis ao adoecimento. Grande parte dos problemas de saúde das mulheres que foram evidenciados podem ser sanados por políticas públicas eficazes e com acesso à informação e comunicação em saúde.

As mulheres utilizam plantas medicinais para tratar sintomas de doenças, em alguns casos procuram rezadeiras e puxadeiras, essas práticas alternativas de cuidados com a saúde é muito comum nas comunidades quilombolas. A utilização de remédios "caseiros" pode estar relacionado com falta de condições financeiras para comprar fármacos e, pela falta de acesso a serviços e orientações de saúde, constitui-se como um meio alternativo de tratamento e prevenção de doenças.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

A manutenção da saúde das mulheres negras é essencial para estas poderem ter melhores condições de vida. Observou-se que existem barreiras para o acesso das mulheres aos serviços de saúde essenciais, acessados de forma alternativa com o deslocamento para outras comunidades e busca por serviços no centro urbano. A inexistência de equipamentos de saúde públicos locais envolve aspectos importantes que podem ser melhor explorados em outros estudos.

## Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - princípios e diretrizes.** Brasília – DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras.** Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília – DF, 2005. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva\\_equidade\\_pacto\\_nacional.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/perspectiva_equidade_pacto_nacional.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** 1.<sup>a</sup> ed. Brasília – DF, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07\\_0400\\_M.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

\_\_\_\_\_, Presidência da República. **Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008.** Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 2008. [online]. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/11664.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11664.htm)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra- uma política do SUS.** Brasília – DF. 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_integral\\_populacao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_integral_populacao.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Doença falciforme**: condutas básicas para tratamento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília – DF, 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/doenca\\_falciforme\\_condutas\\_basicas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

\_\_\_\_\_, Ministério da saúde - Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Câncer de mama**: é preciso falar disso. 4. ed. – Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Cartilha\\_cancer\\_de\\_mama\\_vamos\\_falar\\_sobre\\_isso\\_2016\\_web.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Cartilha_cancer_de_mama_vamos_falar_sobre_isso_2016_web.pdf)>. Acesso em: 25 fev. 2018.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.*. **Saúde e comunidades quilombolas**: uma revisão da literatura. Ver. CEFAC, v. 13, n. 5, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/151-10.pdf>>. Acesso em: 30 agosto, 2017.

MARQUES, Amaro Sérgio *et al.*. **Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 365-371. Fevereiro de 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200365&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 26 agosto, 2017.

MENESES, Ruth Cristini Torres de *et al.*. Promoção de saúde em população quilombola nordestina - análise de intervenção educativa em anemia falciforme. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 132-139, março de 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xWBGjhy6F9j7N6VHL8hjBPQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 25 de fev. de 2018.

NASCIMENTO, Silvana S; SILVA, Rúbia de Kassia Alexandre; LIMA, Michelle Rodrigues de. **Saúde da mulher e a tripla discriminação sofrida pelas negras no Brasil**. João Pessoa - PB, 2011. Disponível em: <<http://www.itaporanga.net/genero/3/08/22.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

SILVA, José Antonio Novaes da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. **Saúde Sociedade**. [online]. 2007, vol.16, n.2, pp.111-124. ISSN 0104-1290. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v16n2/11.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em**



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

**Debate**, v. 37, n. 99, p. 610-618, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

VOLPATO, Luci Martins Barbatto; LIMA, Adriana S. G. de. **Saúde da mulher Negra e os determinantes**: Racismo, Questão de Gênero e Classe Econômica. ETIC- Encontro de Iniciação Científica – ISSN; 21-76-8498, v. 10, n. 10, 2015. Disponível em: <<http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/ETIC/article/download/4406/4166>>. Acesso em: 25 fev. 2018.

ZANELLA, Liane Carly Hermes. **Metodologia de Pesquisa**. Florianópolis, 2013. Departamento de Ciências da Administração/ UFSC- 2. ed. reimp. Disponível em: <<https://www.atfcursosjuridicos.com.br/repositorio/material/3-leitura-extra-02.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2018.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## A ARQUITETURA DA POLÍTICA PÚBLICA DE ATENÇÃO À MULHER PARTURIENTE EM CUBA

Betty Berlanga<sup>1</sup>  
Livia Diana Rocha Magalhães<sup>2</sup>

**Resumo:** Nesse texto priorizamos a abordagem sobre a memória simbólico-arquitetônica, utilizada nesse país, para expressar a concretude de uma política pública, por meio dos hospitais gineco-obstétricos. Essas instituições têm como objetivo velar pela saúde da mulher e da criança, e assim garantir o acompanhamento do antes, depois e posterior ao parto. Na pesquisa sobre a memória institucional do hospital gineco-obstétrico Dr. Eusebio Hernandez Pérez”, situado em Havana-Cuba, deparamo-nos com a arquitetura do hospital e como a sua estrutura nos convida a pensar na construção de uma memória social, coletiva de respeito e importância da saúde da mulher e do recém-nascido. Dialogando, principalmente, com a teoria da memória com base em Halbwachs (2004, 2006), quando afirma que lugares, espaços, valores e políticas são quadros ou marcos social de constituição de memória, estabelecadores de vínculos materiais simbólicos, bem como recorrendo a Tiriba e Magalhães (2017), quando destacam que as experiências sociais são significativas para o entendimento da *práxis*, passamos a observar como o hospital em estudo foi projetado como centro de referência nacional para o atendimento à mulher grávida, e inclusive projetada do ponto de vista arquitetônico, para assumir a função social de valorizar a saúde da mãe e da criança recém-nascida. A sua arquitetura combina beleza e sensibilidade, retratando o aparelho reprodutor feminino. O útero e as trompas de Falópio e os ovários dão forma ao edifício e aos espaços projetados para o atendimento ao processo de gestação, o parto, o puerpério, assim como aos tratamentos médico-cirúrgicos. Essa imagem do hospital transmitida através da sua arquitetura é reforçada por uma escultura nomeada “*Maternidad*”, que se instala no alto do seu pórtico. É uma escultura de cerâmica branca, de uma mãe e seu filho, representando a finalidade do prédio. Enfim, a mensagem transmitida pela estrutura do hospital e a estátua é uma prova irrefutável da importância da mulher e da criança nas políticas dessa sociedade. Há uma simbologia representativa da memória do espaço para

<sup>1</sup> Doutoranda em Memória, Linguagem e Sociedade (PPGMLS/UESB), Membro do Grupo de Pesquisa: Museu Pedagógico: a educação escolar/ Linha de Pesquisa: História e Memória das Políticas Educacionais e Trajetória Sócio Geracionais; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista - Bahia, Brasil, [bettyberlangaperez@gmail.com](mailto:bettyberlangaperez@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Educação, coordenadora do Grupo de Pesquisa: Museu Pedagógico: a educação escolar/ Linha de Pesquisa: História e Memória das Políticas Educacionais e Trajetória Sócio Geracionais; Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista - Bahia, Brasil





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

durar e garantir a continuidade da presença de uma política pública fortemente preocupada com o atendimento materno-infantil. Assim, o hospital vem desempenhando um árduo trabalho multiprofissional e criativo, estabelecendo uma contínua interação paciente-médico especializada em saúde, como também com toda a comunidade no entorno do hospital, construindo uma importante relação entre memória social, coletiva e política pública. É precisamente nessa discussão que centramos nosso interesse no Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Dr. Eusebio Hernández Pérez", localizado em Cuba, na província da Cidade de Havana.

**Palavras-chave:** Política Pública; Arquitetura; Memória; Cuba; Hospital Gineco-Obstétrico.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introducción

El sistema de salud pública en Cuba actualmente es el resultado de un proceso que en sus inicios solo cubría las necesidades de las personas con recursos financieros. El proceso revolucionario a partir de 1959, mudó estas concepciones y la atención primaria de la salud, a partir de la primera ley de la república, fue proclamada el derecho de los cubanos a la dignidad plena (CUBA, 2019) y en consecuencia el sistema de salud se implementó de manera gratuita para toda la población del país, independientemente del poder adquisitivo, inclinación política, raza, religión, nivel de escolaridad de las personas. Esta experiencia que lleva más de 60 años, ha permitido una mejoría considerable en la atención primaria de salud y la esperanza de vida.

Desde la llegada de los colonizadores españoles al país, como se puede apreciar a continuación, el sistema de salud empieza a esbozarse marcando un proceso evolutivo satisfactorio, tornándose hacia una realidad diferente:

[...] en Cuba surgió la atención médica primaria y la secundaria, que enfermedades actuaron como grandes factores epidemiológicos negativos en el desarrollo de nuestro país, cómo el Municipio y la Iglesia Católica tuvieron a su cargo la salud pública antes de que se fundaran las primeras organizaciones propias de la salud pública cubana y el desarrollo histórico de dicha organización hasta nuestros días, todo ello enmarcado en los 3 grandes períodos de la historia de Cuba: el



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

colonial, el republicano burgués y el revolucionario socialista.  
(DELGADO, 1998, p.110)

En el periodo llamado de neocolonial (1898-1958), precisamente en 1939, fue construido el Hospital "Maternidad Obrera" que posteriormente (1966) fue renombrado dentro del proceso revolucionario como Hospital Docente Gineco-Obstétrico "Dr. Eusebio Hernández Pérez", en homenaje a ese médico gineco-obstetra que se destacó en las guerras por la independencia de Cuba (1895-1989), siendo miembro de la Cátedra de Obstetricia en la Universidad de la Habana por alrededor de 30 años (RUIZ; TEJEDA, 2020). El Hospital está localizado en Cuba, provincia Ciudad de la Habana, municipio Marianao.

Sin embargo, el sector de la salud en Cuba empieza a desarrollarse desde el punto de vista de atención de la salud de la mujer, desde el año 1970, cuando, con la Revolución Cubana, gana gran relevancia la expansión y gratuidad de una política dirigida a garantizar la salud de toda la población cubana (DELGADO, 1998).

En el este texto objetivamos considerar como la construcción de la memoria simbólica se destaca como uno de los aspectos fundamentales para expresar la experiencia social de compromiso con la salud de la mujer embarazada y los recién nacidos en Cuba. Se pone de manifiesto como la construcción de una memoria política, social y colectiva de atención materno-infantil va conformándose con acciones concretas teórico-prácticas en el país con el propósito dirigido a proteger a la mujer y su descendencia.

## **Material e método**

En un inicio realizamos una revisión documental acerca de la evolución de los planes y programas de salud en Cuba como forma de políticas públicas de salud antes y después del 1959, definiendo como eje central la atención a la salud de las madres y niños recién nacidos de toda la población. En esta pesquisa documental se tornó claro que está previsto entre las



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

principales disposiciones jurídicas emitidas, que el derecho de la mujer a la salud constituye el eje central de las políticas cubanas hasta la actualidad.

Desde esa perspectiva, y tomando como base el método histórico dialéctico observamos diversas manifestaciones del fenómeno estudiado y nos enfocamos, en el interés de establecer una relación entre la arquitectura y las políticas públicas de salud de atención a la mujer y al niño. Para el análisis de la arquitectura del hospital recurrimos a las contribuciones de Maurice Halbwachs (2004, 2006), principalmente aquellas relacionadas con la representación de lugares y espacios para referir que:

[...] É ao espaço, ao nosso espaço - o espaço que ocupamos. Por onde passamos muitas vezes, a que sempre temos acesso e que, de qualquer maneira, nossa imaginação ou nosso pensamento a cada instante é capaz de reconstruir – que devemos voltar nossa atenção, é nele que nosso pensamento tem de se fixar para que essa ou aquela categoria de lembrança reapareça (HALBWACHS, 2006, p.170).

En este sentido miramos el espacio de la arquitectura del hospital como elemento importante, como un cuadro social para la construcción de una memoria pública de atención a la mujer de parto y el niño en Cuba. Recorrimos también a Tiriba y Magalhães (2017) cuando destacan que las experiencias son significativas en su praxis social, o sea, observando “[...] a maneira pela qual as experiências históricas transformam-se em uma nova práxis, ou seja, em formas de fazer, sentir e pensar o mundo que impulsionam os movimentos do real” (TIRIBA; MAGALHÃES, 2017, p.85).

Concordamos, a partir de las referencias consultadas, que el espacio simbólicamente representado desde la arquitectura de dicha edificación, constituye una interesante herramienta que nos permite fortalecer el propósito social asumido por el estado cubano, como evidencia que demuestra la importancia que tienen las mujeres y los niños para la sociedad cubana. Desde esta reflexión estudiamos un hospital especializado como ejemplo de modelo de las políticas públicas establecidas a partir del triunfo de la Revolución Cubana en el año 1959.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## **Resultados y discusión: la arquitectura y la memoria simbólica del Hospital Gineco-obstétrico “Dr. Eusebio Hernández Pérez”**

El Hospital Gineco-Obstétrico “Dr. Eusebio Hernández Pérez desde su arquitectura nos invita a pensar sobre la construcción de una memoria social y colectiva de respeto e importancia a la mujer y del recién nacido. Su arquitectura combina belleza y sensibilidad, es un retrato exacto del aparato reproductor femenino. El útero y las trompas de Falopio y los ovarios dan forma al edificio y los espacios proyectados para brindar atención al proceso de gestación, el parto, el puerperio, así como tratamientos médicos quirúrgicos.

Como ya resaltamos, dialogamos con la teoría de Halbwachs (2004), cuando afirma que espacios, valores y políticas son cuadros o marcos sociales de constitución de la memoria social estableciendo vínculos materiales simbólicos. O mejor dicho, cuando se constituyen en una praxis objetiva que es capaz de modelar memorias solidas de esas experiencias (TIRIBA; MAGALHÃES, 2017).

De este modo pasamos a observar como el hospital en estudio, desde su propósito inicial, establece el compromiso moral de ofrecer atención a la mujer grávida, asumiendo como función social valorizar la salud de la madre y de las crianzas recién nacidas.

Cabe destacar que en este hospital a partir de las acciones preventivas ofrecidas hasta los tratamientos altamente especializados cumple los compromisos asumidos por el Estado para preservar la salud de la comunidad, destacando que la asistencia a los grupos de mujeres y niños en su totalidad se encuentra entre las prioridades establecidas.

Dicha labor se complementa desde la creación de casas materno-infantiles, redes de policlínicos, puestos de salud, médicos de familia, escuelas técnicas especializadas institutos de investigación y facultades de ciencias médicas para formar trabajadores de la salud. Podemos observar que los indicadores de salud son factores que demuestran de los logros alcanzados luego de las transformaciones acontecidas a partir de implementadas las nuevas políticas.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

En Cuba, antes del triunfo de la Revolución, en 1959, la tasa de mortalidad infantil era de 70/1 000 nacidos vivos, en estrecha relación con la situación económica social imperante. En el periodo comprendido entre 1959 y 2012, con los datos estadísticos disponibles, la mortalidad infantil en Cuba mostró un descenso hasta 4,6/1 000 nacidos vivos. Esta reducción fue posible por la prioridad que le ha dado el Estado, desde un inicio, al sector de la salud, y muy especialmente a la Salud Materno-Infantil. Con las medidas tomadas por la Revolución, nuestro país posee una tasa de mortalidad infantil muy baja y según los informes de la Unicef, se encuentra entre los primeros 10 países de más baja mortalidad infantil en el mundo, comparable con la de países desarrollados como Japón, Finlandia y Suecia. (LOPEZ, 2015, p. 198-199)

Su arquitectura, diseñada por el ingeniero Emilio de Soto Segura (1939), combina belleza y sensibilidad, es un retrato exacto del aparato reproductor femenino bien definido desde las alturas. El útero y las trompas de Falopio y los ovarios dan forma al edificio y los espacios proyectados para brindar atención al proceso de gestación, el parto, el puerperio, así como tratamientos médicos quirúrgicos. A continuación podemos visualizar algunas imágenes que permiten reflejan la estructura del hospital. (Figura 1).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 1 - Fachada del Hospital Gineco-Obstétrico "Dr. Eusebio Hernández Pérez".



Fuente: MAPIONET, sin año<sup>3</sup>

Como se muestra en la siguiente imagen (Figura 2) observamos desde su estructura la representación de una de las áreas que asemeja a uno de los ovarios del aparato reproductor femenino. Dentro de esa área propiamente se encuentran las salas destinadas a ofrecer asistencia a las mujeres paridas como resultado de un parto distócico (por cesárea), así como el servicio de Neonatología integrado por varios departamentos (Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Laboratorio de Neonatología, Banco de Leche, Departamento de Vacunación y el Departamento de Cunero), entre otros que cubren las necesidades de la madre y los niños.

<sup>3</sup> Disponible en: <https://mapio.net/pic/p-2568297/>. Accedido en 28 jul. 2021.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 2 - Extremo derecho del Hospital Gineco-Obstétrico "Dr. Eusébio Hernández Pérez".



Fuente: Sandra Cohen-Rose and Colin Rose, 2014<sup>4</sup>

Observamos a continuación (figura 3) la escultura que fue instalada durante la construcción de la edificación (año 1939-1941), y nombrada “*Maternidad*” que se ubica en lo alto de su pórtico. Es una estructura de cerámica blanca, de una madre y su hijo, representando la finalidad del edificio, este monumento fue ideado y construido por el gran artista escultórico cubano Teodoro Blanco.

<sup>4</sup> Disponible en: <https://decoarchitecture.tumblr.com/post/89359181928/havana-cuba-photo-by-sandra-cohen-rose-and-colin>. Accedido en 28 jul. 2021.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 3 - Escultura "Maternidad". Hospital Gineco-Obstétrico "Dr. Eusebio Hernández Pérez"



Fuente: RADIO REBELDE, 2015<sup>5</sup>.

En esta gigantesca edificación, reconocida como uno de los más importantes hospitales de la capital cubana, han nacido miles de cubanos, además de ser punto de referencia por encontrarse en un lugar céntrico. Tiene como responsabilidad brindar asistencia médica a tres municipios que presentan una extraordinaria densidad poblacional. Se atienden mujeres de los municipios habaneros de Playa, Marianao y La Lisa. Cuenta con un excelente equipo de especialistas para atender los partos, cesáreas y otros tipos de cirugías relacionadas o no con complicaciones u otras causas ginecológicas/obstétricas.

A raíz de su inauguración, el hospital disponía de 250 camas, de las cuales 160 se destinaron a las obreras y a las esposas de los obreros y, el resto, a la atención privada. La reducida plantilla inicial fue en aumento, a medida que se creaban los numerosos servicios ofrecidos en aquel período por notables especialistas de ginecología y obstetricia así como otras

<sup>5</sup> Disponible en: <https://www.radiorebelde.cu/noticia/maternidad-obrera-74-favor-vida-20151021/>. Accedido en 28 jul. 2021.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

especialidades que podían cubrir las más variadas necesidades de las mujeres atendidas (INFOMED, 2021)

Cabe señalar que en la actualidad el hospital se mantiene ofreciendo servicios a una población representativa, en cambio disminuyó el número de especialidades que cubrían a los pacientes asistidos. Esto puede ser consecuencia de que durante el tiempo transcurrido se fortalecieron la creación de institutos especializados por toda la isla para cubrir dichos requerimientos, que son garantizados a partir de las gestiones administrativas asumidas por las instituciones, en coherencia con las necesidades de las madres y las crianzas.

El hospital tuvo un museo anatómico y fotográfico, donde se exhibían piezas de tamaño natural trabajadas en cera y en las cuales se representaban los meses del embarazo y también el parto fisiológico. En el museo se mostraban además piezas teratogénicas de malformaciones fetales y de recién nacidos, así como de órganos extirpados en operaciones ginecológicas. El museo desapareció en 1996, cuando el local que ocupaba se convirtió en aulas para impartir clases a los estudiantes de medicina (INFOMED, 2021).

Resulta interesante observar el hecho de como la arquitectura del hospital muestra desde la construcción de su estructura semejanzas con el aparato reproductor femenino. Contradictoriamente, a pesar de ser construido (1939-1941) en un período anterior al establecimiento de la Revolución Cubana, los derechos a la salud de las mujeres en su totalidad no fueron protegidos. Dicho período estuvo caracterizado por la asistencia desigual a las mujeres, donde solo un pequeño grupo de ellas, eran asistidas en correspondencia al poder adquisitivo disponible. En otras palabras su estructura arquitectónica transmitía un mensaje de honor a las mujeres pero no respondía a las necesidades de la población femenina parturienta de aquella sociedad.

Con el establecimiento del nuevo sistema de gobierno a partir de los años de 1959 en adelante se implementaron las nuevas políticas públicas y los programas de salud que garantizaron el compromiso social y moral de preservar la imagen simbólica ofrecida desde la





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

propia estructura de la edificación, protegiendo la salud de todas las mujeres sin establecer distinciones, de modo gratuito y en igualdad. Sin dudas, el gobierno revolucionario cubano ha mantenido una conciencia política protagónica llevada a cabo durante todo el proceso transformador direccionado hacia la necesidad de proteger la salud de las mujeres y los niños en su totalidad.

De hecho, hay una simbología representativa de la memoria del espacio con el propósito de garantizar su duración, en favor de proteger su continuidad, luego del establecimiento de una política pública fuertemente preocupada con la atención materno- infantil. De este modo el hospital viene desempeñando un arduo trabajo multi-profesional y creativo, estableciendo una continua interacción paciente- médico-especializada en salud, como también con toda la comunidad en el entorno del hospital, construyendo una importante relación entre memoria social, colectiva y política pública. Diríamos, con base en los referenciales supra mencionados, que es por la praxis que se hace posible la construcción de relaciones que modelan la memoria social y colectiva en su acción humanitaria.

## **Consideraciones finales**

Las condiciones de salud antes de 1959, eran precarias y los indicadores de salud registraban desfavorables cifras que mostraban como evidencia la necesidad de un cambio, el cual fue posible luego cuando fue constituido el sistema de salud cubano a partir de entonces.

El hospital gineco-obstétrico "Dr. Eusebio Hernández Pérez mantiene una tasa de mortalidad materna inferior a los 5 por cada mil nacidos vivos, por lo que se realiza un excelente trabajo por medio de los especialistas en gineco-obstetricia y neonatología, así como el resto de los trabajadores de este centro médico, que es uno de los más grandes de toda la isla. Además de otros servicios destinados a esta finalidad como las casas materno infantiles.





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Por otra parte, no es menos cierto que el país ha tenido que afrontar infinidad de desafíos generados por la imposición del brutal bloqueo impuesto por los EUA, el cual se mantiene en la actualidad de manera sostenida y aún más acrecentada. Sin embargo, esa condición no ha debilitado las luchas cotidianas por la preservación de la salud de la comunidad, donde las gestantes, las puérperas y los niños continúan siendo parte de los grupos priorizados.

Las políticas públicas de atención a la mujer y sus eventos, son estables y se tornan uno de los puntos esenciales que sostienen el Sistema de Salud Pública Cubano. El hospital "Dr. Eusebio Hernández Pérez" en Cuba, es modelo de referencia que mantiene un comportamiento similar con el resto de los hospitales gineco-obstétricos instalados para cubrir el compromiso social emitido por la sociedad cubana.

Los hospitales especializados, como es el caso del hospital objeto de estudio, así como los hogares maternos y los médicos de familia juegan un papel protagónico en la asistencia ofrecida a las madres y los niños de toda la sociedad.

Desde esa perspectiva, las memorias colectivas a lo largo del tiempo vienen siendo construidas por las sociedades y se fortalecen por medio de la relación entre realidad representada y lo material concreto.

A partir de los profesionales de la salud que laboran en el hospital referido, en interacción con los demás factores comprometidos, se complementan el valor de la memoria simbólica desde la representación que transmite la edificación fortaleciendo el propósito social defendido.

## Referencias

CUBA. **Constitución de la República de Cuba**. La Habana, 2019. Disponible en: <https://www.conjur.com.br/dl/cuba-publica-constituicao-ira-referendo.pdf>. Accedido en: 01 ago. 2021.

DELGADO GARCIA, Gregorio. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. **Rev Cubana Salud Pública**, Ciudad de La Habana, v. 24, n. 2, p. 110-118, 1998. Disponible en:



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34661998000200007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34661998000200007&lng=es&nrm=iso). Acessado em: 28 jul. 2021.

HALBWACHS, Maurice. **Los Marcos Sociales de la Memoria**. Trad. de Manuel A. Baeza y Michel Mujica. Barcelona: Anthropos Editorial, 2004.

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**, Trad. Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2006.

INFOMED. Notas para la historia del Hospital Gineco Obstétrico "Profesor Eusebio Hernández". **Biblioteca Médica Nacional**. Disponible en: <https://www.sld.cu/sitios/bmn/temas.php?idv=22302>. Acessado em: 28 jul. 2021.

LOPEZ GONZALEZ, Elizabeth de la C et al. Caracterización de la mortalidad neonatal en un Servicio de Neonatología entre 2001 y 2012. **Rev Cubana Obstet Ginecol**, Ciudad de la Habana, v. 41, n. 3, p. 197-206, 2015. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2015000300001&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2015000300001&lng=es&nrm=iso). Acessado em: 28 jul. 2021.

RUIZ, Esmely sarduy; TEJEDA, Daniel rojas. Aproximaciones a la labor política-social y docente-investigativa del Profesor Eusebio Hernández en la República neocolonial. **Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología**, v. 46, n. 1. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/699/501>. Acessado em: 01 ago. 2021.

TIRIBA, Lia; MAGALHÃES, Livia Diana R. Experiência de classe e memória coletiva: Possíveis aproximações entre E.P. Thompson e Halbwachs. In BERTONI, Luci Mara; MASCARENHAS de Almeida, José Rubens. **Crise, conflitos e conhecimento no mundo contemporâneo**. Campinas, SP: Editora Librum, 2017.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## O RETORNO DO BRASIL AO MAPA DA FOME

Bárbara Suelem Santana Gonçalves Soares<sup>1</sup>

Carla Maria Lima Santos<sup>2</sup>

Suêlem Maria Santana Pinheiro Ferreira<sup>3</sup>

**Resumo:** A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), em 2019, em concomitância com a reformulação dos direitos trabalhistas e do sistema previdenciário, possibilitou o enfraquecimento da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) e da proteção social básica, no Brasil. Adicionalmente, a Pandemia pelo Sars-Cov-2, iniciada em 2020, inseriu na população brasileira a sobreposição de eventos potencializadores de iniquidades sociais. Insegurança Alimentar e Nutricional (ISAN), desemprego, omissão do Estado brasileiro ao enfrentamento da pandemia e escassos recursos de proteção social relançaram o Brasil ao mapa da fome, com violação ao Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Este estudo objetivou analisar a produção científica acerca da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) diante do cenário sócio-sanitário e político do Brasil. Foi realizada revisão sistemática de literatura nas bases de dados PubMed, Scientific Electronic Library Online – SciELO, e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. As palavras-chaves selecionadas, em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS foram fome, política pública, segurança alimentar e segurança alimentar e nutricional, em português, e hunger, public policy, food supply e food and nutrition security, em inglês. As estratégias de busca utilizaram os operadores booleanos AND e OR para formação das combinações, nas duas línguas definidas previamente. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis em periódicos indexados e revisados por pares, *open access* e publicados de janeiro de 2019 a abril de 2021. O período de coleta foi de 01/05 a 15/05/2021, através de seleção pareada. O gerenciador de referências empregado foi o Mendeley. Da amostra total de 5714 estudos recuperados nas três bases de dados, após a leitura dos títulos, remoção de duplicatas e leitura dos resumos, 61 artigos foram separados para leitura na íntegra. A amostra final foi composta por 25 artigos, os quais apontaram um panorama crítico ao elencar, como principais categorias empíricas: sucessivos cortes financeiros nos setores governamentais; retrocessos em direitos conquistados; redução da participação social; mudanças na gestão pública, agregadas à falta de

<sup>1</sup> Graduanda em Nutrição, Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail [bssgsoares@gmail.com](mailto:bssgsoares@gmail.com)

<sup>2</sup> Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia -ISC/UFBA. Professora Assistente da Universidade do Estado da Bahia, Departamento de Ciências da Vida.

<sup>3</sup> Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia -ISC/UFBA. Professora Adjunta da Universidade Estadual de Feira de Santana, Departamento de Saúde.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

conhecimento das ações da Segurança Alimentar e Nutricional, descontinuidade e enfraquecimento das políticas públicas em alimentação e nutrição; e retirada do repasse financeiro federal ao NASF com implicações na permanência do apoio matricial de nutricionistas. Ações como auxílio emergencial, fornecido pelo governo federal, e distribuição de kits de alimentos pela PNAE se configuraram como estratégias mitigadoras de combate à fome, sem trazerem resolutividade. A descontinuidade de programas de proteção social representou fragilização das políticas públicas inclusivas e ampliou o desamparo aos grupos socialmente vulneráveis. Este estudo considerou que o desmonte do CONSEA, NASF e a falta de fomento para espaços de participação social comprometeram a execução de ações de Segurança Alimentar e Nutricional e contribuíram para o retorno do Brasil ao mapa da fome.

**Palavras-chave:** Políticas públicas; Segurança Alimentar e Nutricional; Fome; Direitos humanos; Proteção Social em Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde

## Introdução

A fome, como expressão de desigualdades sociais relacionadas ao gênero, classe social, idade, grupo étnico e geografia, constitui-se em violência ao ser humano e violação ao seu direito à vida. Um dos primeiros desafios que se impõem para enfrentar o problema da fome e da insegurança alimentar é a própria quantificação do fenômeno (AMORIM; RIBEIRO JUNIOR; BANDONI, 2020). O reconhecimento do problema social pode ser um elemento organizador das representações sociais, busca da garantia dos direitos civis e enfrentamento à fome através de medidas governamentais (BICALHO; LIMA, 2020; CAVALER *et al.*, 2020; FRUTUOSO; GUERRA *et al.*, 2020; VIANA, 2021).

Segundo a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (2019), sem uma situação pandêmica, o mundo já lida com aproximadamente 820 milhões de pessoas em situação de fome crônica e 113 milhões em insegurança alimentar e nutricional (ISAN) aguda. No primeiro trimestre de 2020, o desemprego atingiu 12,8 milhões de brasileiros (12,1% da força de trabalho). Com a sobreposição do desemprego com a Pandemia pelo Sars-COV-2 foi estimado que apenas 49% dos domicílios brasileiros têm mantido segurança alimentar. Essa





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

vulnerabilidade social fica mais evidente ao se comparar com dados de 2014, no qual 73% dos domicílios estavam em segurança alimentar. Tais achados revelam o quão arraigada está a desigualdade social no país, e salienta o papel crucial das políticas públicas de fortalecimento da segurança alimentar e nutricional como um elemento central nas redes de segurança social (BICALHO; LIMA, 2020; SAMBUICHI *et al.*, 2020).

A extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA), no governo Bolsonaro, por meio da Medida Provisória nº 870/2019, somada às Reformas Trabalhista e Previdenciária, foi considerado mais um agravante na ampliação dessa problemática. As reduções dos recursos financeiros, da cobertura populacional dos programas e da proteção social básica, além de outras decisões institucionais, impediram a realização da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Desta forma, não foi possível a atualização e/ ou adaptação da política e do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, portanto, não houve a elaboração do plano para o período de 2020-2023 (ALPINO *et al.*; 2020; AMORIM; RIBEIRO-JUNIOR; BANDONI, 2020; ARAÚJO; CALAZANS, 2020; CORRÊA *et al.*, 2020).

Devido ao risco em larga escala de disseminação do COVID-19 e mitigação dos impactos, foram necessárias ações estratégicas e coordenadas em curto espaço de tempo (ARAÚJO; CALAZANS, 2020). No Brasil, as ações governamentais municipais e estaduais não contaram com uma coordenação nacional ao enfrentamento da pandemia. Apesar da aprovação do auxílio emergencial, os recursos de proteção social foram considerados insuficientes e assim, o Brasil ao mapa da fome, com violação ao Direito Humano à Alimentação Adequada – DHAA (ALIAGA; DOS SANTOS; TRAD, 2019; GUERRA *et al.*, 2020).

Buscando contribuir para tal discussão, o objetivo desta revisão é analisar a produção científica acerca da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) diante do cenário sócio-sanitário





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

e político do Brasil, a fim de identificar os efeitos das ações das políticas públicas de SAN, em consonância com a proteção Social Básica da população brasileira no combate à fome.

## Método

Trata-se de uma revisão sistemática de literatura, com abordagem qualitativa. A pergunta de investigação foi: a partir de 2019, quais fatores podem ter contribuído para o retorno do Brasil ao mapa da fome? As bases de dados selecionadas foram PubMed/Medline, Scientific Electronic Library Online – SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde – BVS. As palavras-chaves selecionadas, em conformidade com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS foram *fome*, *política pública*, *segurança alimentar e segurança alimentar e nutricional*, em português, e *hunger*, *public policy*, *food supply e food and nutrition security*, em inglês. As estratégias de busca utilizaram os operadores booleanos AND e OR para formação das combinações, nas duas línguas definidas previamente. Todas as etapas atenderam as recomendações PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*, O período de coleta foi de 01/05 a 15/05/2021, através de seleção pareada. O gerenciador de referências empregado foi o *Mendeley*.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: a) artigos disponíveis em periódicos indexados e revisados por pares, b) *open access* e c) publicados de janeiro de 2019 a abril de 2021. Os critérios de exclusão foram os trabalhos com as seguintes características: a) estudos em outros países; b) editoriais, relatórios e protocolos; d) artigos com objetivo de avaliar determinada intervenção, mesmo que direcionado a políticas públicas e a proteção social básica; e) artigos com temáticas muito específicas sobre determinada patologia, sem análise de políticas públicas em saúde.

Os artigos da amostra final foram alocados a partir dos fatores identificados como importantes para a segurança alimentar e nutricional dos brasileiros, a partir de 2019. Esses fatores foram considerados como categorias empíricas da presente revisão sistemática de



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

literatura. As categorias empíricas foram: a) sucessivos cortes financeiros nos setores governamentais com retrocessos em direitos conquistados, b) redução da participação social, c) mudanças na gestão pública, agregadas à falta de conhecimento das ações da Segurança Alimentar e Nutricional; a descontinuidade e enfraquecimento das políticas públicas em alimentação e nutrição; d) retirada do repasse financeiro federal ao NASF com implicações na permanência do apoio matricial de nutricionistas; e) ações como auxílio emergencial, fornecido pelo governo federal, e distribuição de kits de alimentos pela PNAE se configuraram como estratégias mitigadoras de combate à fome, sem trazerem resolutividade; f) descontinuidade de programas de proteção social com fragilização das políticas públicas inclusivas e ampliou desamparo aos grupos socialmente vulneráveis e programas de proteção social. Os artigos foram organizados em um quadro com as principais categorias empíricas definidas para essa revisão sistemática, identificação dos estudos, autores e ano de publicação e total por categoria. Houve estudos que elencaram duas ou mais categorias empíricas, podendo ser dispostos mais de uma vez na organização do quadro síntese (Quadro 1).

## Resultados

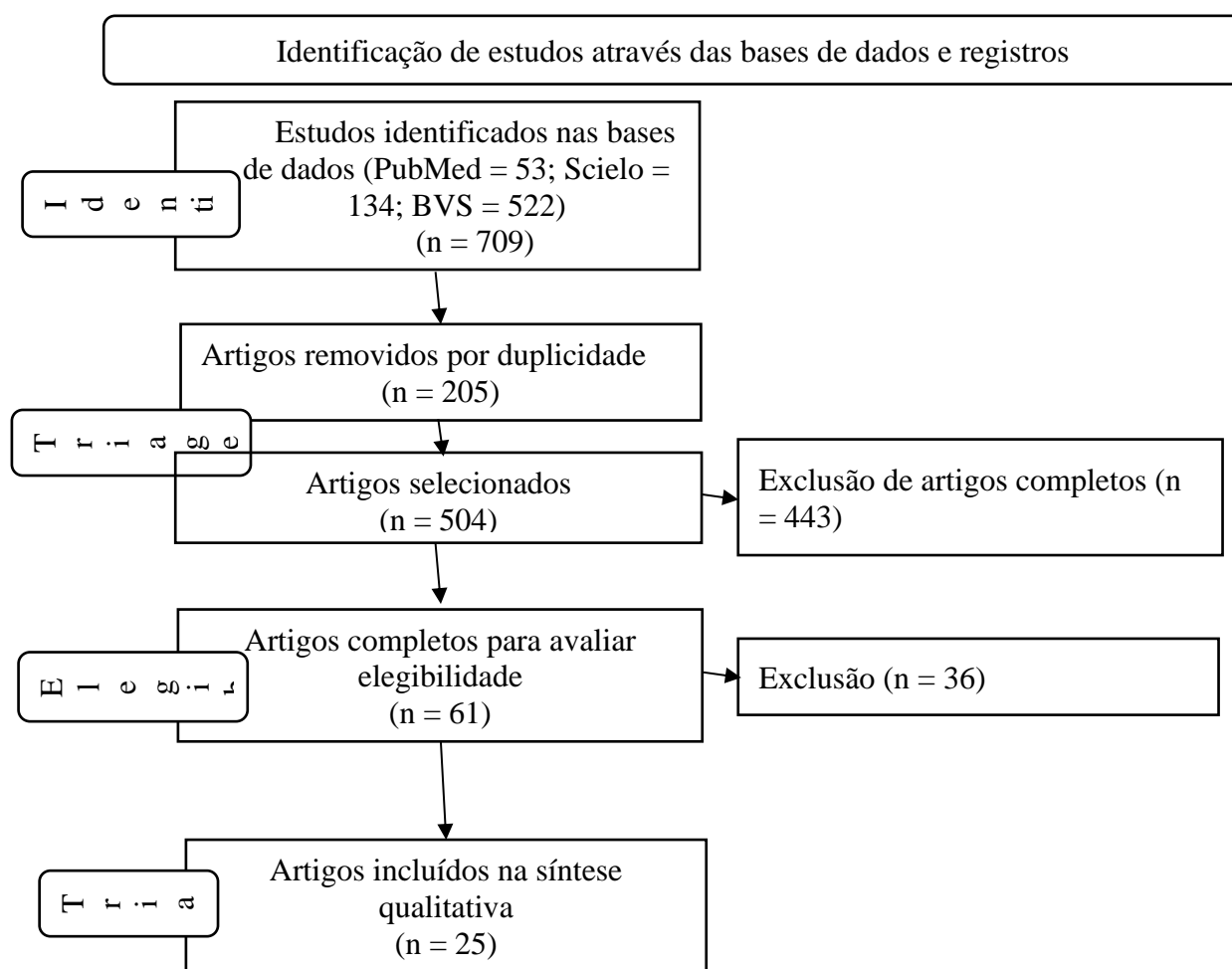
Da amostra total de 5714 estudos recuperados nas três bases de dados. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, houve a identificação de 709. Após a leitura dos títulos, remoção de duplicatas e leitura dos resumos, 61 artigos foram separados para leitura na íntegra. Foi realizada uma leitura pormenorizada dos artigos, culminando em uma amostra final de 25 artigos para serem utilizados na presente revisão (Figura 1).

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Figura 1. Etapas da pesquisa



Fonte: Elaboração Própria (2021)

Em síntese, os 25 artigos selecionados apontaram um panorama crítico ao elencar, como principais categorias empíricas: sucessivos cortes financeiros nos setores governamentais (28%); retrocessos em direitos conquistados (28% , n= 7); redução da participação social (8%, n= 2); mudanças na gestão pública, agregadas à falta de conhecimento das ações da Segurança Alimentar e Nutricional, descontinuidade e enfraquecimento das políticas públicas em

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

alimentação e nutrição (28%, n=7); e retirada do repasse financeiro federal ao NASF com implicações na permanência do apoio matricial de nutricionistas (4%, n= 1). Ações como auxílio emergencial, fornecido pelo governo federal, e distribuição de kits de alimentos pela PNAE se configuraram como estratégias mitigadoras de combate à fome, sem trazerem resolutividade (68%, n= 17). A descontinuidade de programas de proteção social representou fragilização das políticas públicas inclusivas e ampliou desamparo aos grupos socialmente vulneráveis (16%, n= 4), dados expostos no quadro 1 a seguir.

**Quadro 1.** Principais categorias empíricas evidenciadas após análise dos artigos, 2019-2021, (n=25)

Principais categorias empíricas	Artigos	Total
a) sucessivos cortes financeiros nos setores governamentais e retrocessos em direitos conquistados.	ALIAGA, SANTOS & TRAD, 2020; COSTA, GUIMARÃES & BORGES, 2020; DYNGELAND, OLDEKOP & EVANS, 2020; FRUTUOSO & VIANA, 2021; PAIVA & LOBATO, 2019; SAMBUICHI et. al., 2020; VASCONCELOS et. al., 2019.	07
b) redução da participação social	FRUTUOSO & VIANA, 2021; OLIVEIRA, 2020.	02
c) mudanças na gestão pública, agregadas à falta de conhecimento das ações da Segurança Alimentar e Nutricional, descontinuidade e enfraquecimento das políticas públicas em alimentação e nutrição.	ALIAGA, SANTOS & TRAD, 2020; ARAÚJO & CALAZANS, 2020; CARDOZO et. al., 2020; COSTA, GUIMARÃES & BORGES, 2020; DYNGELAND, OLDEKOP & EVANS, 2020; GUEDES et. al., 2020. GUERRA, BEZERRA & CARNUT, 2020.	07
d) retirada do repasse financeiro federal ao NASF com implicações na permanência do apoio matricial de nutricionistas.	PEDRAZA et. al., 2020.	01
e) ações como auxílio emergencial, fornecido pelo governo federal, e distribuição de kits de alimentos pela PNAE se configuraram como estratégias mitigadoras de combate à fome, sem trazerem resolutividade.	ALPINO et. al., 2020; AMORIM, RIBEIRO JUNIOR & BANDONI, 2020; ARAÚJO & CALAZANS, 2020; BICALHO & LIMA, 2020; CARVALHO et. al., 2020; CAVALER et. al., 2020; CORRÊA et. al., 2020; COSTA, GUIMARÃES & BORGES, 2020; DIAS et. al., 2020; DYNGELAND, OLDEKOP & EVANS, 2020; FRUTUOSO & VIANA, 2021; GURGEL et. al., 2020; MENDES, NEVES & MACHADO, 2019; OLIVEIRA et. al., 2020; RIBEIRO-SILVA et. al., 2020; SAMBUICHI et. al., 2020; SCHOTT et. al., 2020.	17



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

f) descontinuidade de programas de proteção social com fragilização das políticas públicas inclusivas e ampliou desamparo aos grupos socialmente vulneráveis.	COSTA, GUIMARÃES & BORGES, 2020; OLIVEIRA et. al., 2020; RIBEIRO-SILVA et. al., 2020; VASCONCELOS et. al., 2019.	04
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

Fonte: Elaboração Própria (2021)

## Discussão

O retorno do Brasil ao mapa da fome, em 2021, demarca um cenário de agravamento da vulnerabilidade social em expressiva parte da população brasileira. Desde 2019 houve uma escalada de decisão do governo federal, identificadas pela literatura científica, como potencializadoras das iniquidades sociais e comprometimento da segurança alimentar e nutricional. Os sucessivos cortes financeiros, nos repasses federais, afetaram o financiamento do Projeto de Lei da Câmara n.º 189/2010 – PL SUAS (PAIVA; LOBATO, 2019)

Essas regressões, como resultantes da Emenda Constitucional nº 95, apontam para a dissolução dos pactos nacionais de combate à fome e a miséria e decréscimo nos indicadores de saúde, tais como o recrudescimento da mortalidade infantil e aumento da desnutrição (ALIAGA; DOS SANTOS; TRAD, 2019; ALPINO *et al.*, 2020; OLIVEIRA, 2020). Reformulações complementares conduziram a perdas equivalentes até R\$ 868 bilhões na Política de Assistência Social, com impacto potencial nos programas sociais, a exemplo do Programa Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada - BPC, Sistema Único de Assistência Social (Suas) e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (DYNGELAND; OLDEKOP; EVANS, 2020; GUERRA *et al.*, 2020).

A retirada do repasse financeiro federal ao NASF, com implicações na permanência do apoio matricial de nutricionistas, infringe o eixo central do 3º pilar, sancionado pela Década de Ação em Nutrição. Estudos apontam a dificuldade de municípios e estados manterem o NASF, sem o custeio federal. Essa decisão política acena com a inviabilidade de se manter suporte do profissional em Nutrição na população adscrita nas unidades de saúde, ainda mais vulnerabilizadas desde o avanço da Pandemia pelo SAR-Cov-2 (PEDRAZA *et al.*, 2020). Nesse





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

contexto de retração econômica, no qual muitos perderam as fontes de renda ou tiveram redução dos ganhos, os programas de renda mínima se configuram como estratégias para o combate à fome e manutenção das necessidades nutricionais básicas diárias. A deliberação do auxílio emergencial se mostrou importante, embora o valor acordado tenha sido uma iniciativa maior do Legislativo que do Executivo (PAIVA; LOBATO, 2019; GUERRA *et al.*, 2020; GURGEL *et al.*, 2020).

Todavia, as ameaças de continuidade dos programas de proteção social e políticas de SAN e a subutilização dos Equipamentos Públicos de Segurança Alimentar e Nutricional, colaboram para o não-rompimento do ciclo intergeracional da pobreza e desigualdade que sedimenta a sociedade brasileira (ALIAGA; DOS SANTOS; TRAD, 2019; MENDES *et al.*, 2019; ARAÚJO; CALAZANS, 2020; CAVALER *et al.*, 2020; GURGEL *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; SAMBUICHI *et al.*, 2020). Além disso, o critério da oferta universal do PNAE também foi infringido pela distribuição de kits alimentares apenas aos beneficiários do Bolsa Família, sem considerar os impeditivos para a inclusão de novos beneficiários desempregados, que tiveram reduções salariais ou que realizam trabalho informal. Essas medidas não asseguraram acesso alimentar à população não cadastrada no CadÚnico, por conseguinte sem acesso aos benefícios de proteção social (CORRÊA *et al.*, 2020; GURGEL *et al.*, 2020).

A redução da participação social, o desmonte do Consea, a inoperância da Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (CAISAN); a não realização da 6ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e a ausência do III Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PLANSAN), que pauta o planejamento e a execução da PNSAN levou a desarticulação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN, e comprometeram o monitoramento efetivo das políticas públicas (ALPINO *et al.*, 2020; AMORIM; RIBEIRO JUNIOR; BANDONI, 2020; CAVALER *et al.*, 2020; OLIVEIRA, 2020).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

**"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"**

**18 e 19 de junho de 2021**

Como resultado da inoperância das políticas públicas de SAN, desarticulação da participação social, exclusão do repasse federal ao NASF e demais cortes orçamentários, o Brasil foi relançado ao Mapa da Fome. As estratégias mitigadoras não foram suficientes para frear o colapso na gestão pública e nem o consequente agravamento das condições das vulnerabilidades sociais na população brasileira.

A adoção de novas estratégias, e/ou remodelação de programas e das políticas públicas que assegurem a SAN, podem ser alternativas para superação do atual panorama da fome na população brasileira. Nesse sentido, podem se destacar: revogação das decisões políticas responsáveis pela subtração de repasses financeiros às políticas públicas, como a EC/95 e demais cortes na saúde, garantia de renda mínima familiar, atualização da PNAE e implantação/consolidação de ações intersetoriais para retomada da participação social nos espaços institucionais. Outras medidas podem ser adicionadas, contudo é necessário garantir debates ampliados e mediados pela participação social (MENDES; NEVES; MACHADO, 2019; ARAÚJO; CALAZANS, 2020; BICALHO; LIMA, 2020; CARVALHO *et al.*, 2020; COSTA, GUIMARÃES; BORGES, 2020; DIAS *et al.*, 2020; GURGEL *et al.*, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020; RIBEIRO-SILVA *et al.*, 2020; FRUTUOSO; VIANA, 2021; SCHOTT *et al.*, 2020).

## **Considerações finais**

Os achados desse estudo consideraram que cortes orçamentários federais na saúde, a reestruturação da Política Nacional de Alimentação Escolar, o aumento da vulnerabilidade socioeconômica dos brasileiros, a insuficiente ação política para o enfrentamento dos impactos sociais advindos pela Pandemia, o desmonte do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, NASF e a falta de fomento para espaços de participação social comprometeram a



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

execução de ações de Segurança Alimentar e Nutricional e contribuíram para o retorno do Brasil ao mapa da fome.

## Referências

ALIAGA, M. A.; SANTOS, S. C. DOS; TRAD, L. A. B. Política (s) de segurança alimentar e nutricional: narrativas de líderes e moradores de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil **Saúde Soc**, v. 28, n. 4, p. 124–136, 2019.

ALPINO, T. DE M. A. *et al.* COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais **Cad. Saúde Pública (Online)**, v. 36, n. 8, p. E00161320–e00161320, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JfJpwMh9ZDrrsM9QG38VnBm/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021.

AMORIM, A. L. B. DE; RIBEIRO JUNIOR, J. R. S.; BANDONI, D. H. Programa Nacional de Alimentação Escolar: estratégias para enfrentar a insegurança alimentar durante e após a COVID-19. **Rev. adm. pública (Online)**, v. 54, n. 4, p. 1134–1145, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/3M5gJhkvYCFrvMJkZqZyCYQ/abstract/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021.

ARAÚJO, F. R. DE; CALAZANS, D. L. M. E S. Gestão das ações de segurança alimentar frente à pandemia pela COVID-19 TT - **Rev. adm. pública (Online)**, v. 54, n. 4, p. 1123–1133, 2020. Disponível em: Acesso em 20 de maio de 2021

BICALHO, D.; LIMA, T. M. The National School Feeding Program as a guarantee of the right to food in the Covid-19 pandemic period TT - O Programa Nacional De Alimentação Escolar Como Garantia Do Direito à alimentação no período da pandemia do Covid-19. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/852/1184/1237> Acesso em 20 de maio de 2021

CARDOZO, D. R. *et al.* Padrões alimentares e (in)segurança alimentar e nutricional no Programa Bolsa Família TT - Food patterns and food and nutritional (in)security in the Bolsa Família Program TT - Padrones alimentarios e (in)seguridad alimentaria y nutricional en el Programa Bolsa Família. **Interações (Campo Grande)**, v. 21, n. 2, p. 363–377, 2020.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/inter/a/SQksrHsfZM9pQFCVGHfZfdy/?lang=pt>  
Acesso em 20 de maio de 2021

CARVALHO, T. F. B. DE *et al.* Estado nutricional e segurança alimentar de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família: revisão integrativa TT - Nutritional status and food safety of families benefited by the Bolsa Familia Program: integrative review TT - Estado nutricional y seguridad alimentaria de familias beneficiadas por el Programa Bolsa Familia: revisión integrativa. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 12, p. 593–602, 2020. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8961/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8961/pdf_1)  
Acesso em 20 de maio de 2021

CAVALER, C. *et al.* Representações sociais de “pobreza” e “bolsa família” para mulheres beneficiárias de programas de transferência de renda TT - Social representations of “poverty” and “bolsa família” for women beneficiary from income transfer programs TT - Representaciones sociales de “pobreza” y “bolsa família” para mujeres beneficiarias de los programas de transferencia de ingresos. **Barbarói**, n. 57, p. 119–140, 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/14975/9203> Acesso em 20 de maio de 2021

CORRÊA, E. N. *et al.* School feeding in Covid-19 times: mapping of public policy execution strategies by state administration TT - Alimentação escolar em tempos de Covid-19: mapeamento das estratégias de execução da política pública pelos gestores estaduais. **Rev. Nutr. (Online)**, v. 33, p. e200169–e200169, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/ChKdfTj4nL45dpXtPsKSNsP/?lang=en> Acesso em 20 de maio de 2021

COSTA, M. H. B. C. DA; GUIMARÃES, S. M.; BORGES, J. A. Segurança alimentar e nutricional sustentável: políticas públicas em Minas Gerais (Brasil) TT - Sustainable food and nutritional security: public policies in Minas Gerais (Brazil). **Análise Social**, n. 236, P. 590–613, 2020. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/analisesocial/article/view/21704/15959> Acesso em 20 de maio de 2021

DIAS, P. C. *et al.* Purchases from family agriculture for school feeding in Brazilian capitals TT - Compra da agricultura familiar para alimentação escolar nas capitais brasileiras. **Rev. saúde pública (Online)**, v. 54, p. 73, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/qwFVBCd9k5XWwDr5GjrKPFy/?lang=en> Acesso em 20 de maio de 2021





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

DYNGELAND, C.; OLDEKOP, J. A.; EVANS, K. L. Assessing multidimensional sustainability: Lessons from Brazil's social protection programs. **Proc Natl Acad Sci U S A**, v. 117, n. 34, p. 20511–20519, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7456127/pdf/pnas.201920998.pdf> Acesso em 20 de maio de 2021

FRUTUOSO, M. F. P.; VIANA, C. V. A. Quem inventou a fome são os que comem: da invisibilidade à enunciação - uma discussão necessária em tempos de pandemia TT - It is those who eat who invented hunger: from invisibility to enunciation - a much needed discussion in times of pandemic TT - Quienes inventaron el hambre son los que comen: de la invisibilidad a la enunciación - una discusión necesaria en tiempos de pandemia. **Interface (Botucatu, Online)**, v. 25, p. e200256–e200256, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/LPHP93S94TgNtKbGtRZtDcs/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

GUEDES, A. DE A. F. *et al.* What is the food and nutrition security situation of Santa Catarina municipalities? Results of a multidimensional assessment TT - Qual a situação de segurança alimentar e nutricional dos municípios catarinenses? Resultados de uma avaliação de múltiplas dimensões. **Rev. Nutr. (Online)**, v. 33, p. e190267–e190267, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/SGCqS3dwxw9Rwt84jfSgSz/?lang=en> Acesso em 20 de maio de 2021

GUERRA, L. D. DA S.; BEZERRA, A. C. D.; CARNUT, L. Da fome à palatabilidade estéril: 'espessando' ou 'diluindo' o Direito Humano à Alimentação Adequada no Brasil? TT - From hunger to sterile palatability: 'thickening' or 'diluting' the Human Right to Adequate Food in Brazil? **Saúde debate**, v. 44, n. 127, p. 1231–1245, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/TZVPsBdv8LCpLZRgvRJw3VN/abstract/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

GURGEL, A. DO M. *et al.* Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil TT - Government strategies to ensure the human right to adequate and healthy food facing the Covid-19 pandemic in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 25, n. 12, p. 4945–4956, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fKJKgrTxfT7rg6xGHdCQyC/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

MENDES, M. F.; NEVES, S. M. A. DA S.; MACHADO, T. DA S. O programa de aquisição de alimentos como indutor da Soberania Alimentar TT - El Programa de adquisición de alimentos como inductor de la soberanía alimentaria TT - The food acquisition program as an inducer of food sovereignty. **Mercator (Fortaleza)**, v. 18, 2019. Disponível em:





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

<https://www.scielo.br/j/mercator/a/FvHnXDYh3y9qf86SnkDFy8p/abstract/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

OLIVEIRA, J. T. C. DE *et al.* Government-subsidized restaurants in Brazil: an evaluation within the framework of food and nutrition security TT - Restaurantes populares brasileiros: avaliação no âmbito da segurança alimentar e nutricional. **Rev. Nutr. (Online)**, v. 33, p. e200085–e200085, 2020a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/6bNVNqPB7szGJ6NQpnb7DYx/abstract/?lang=en> Acesso em 20 de maio de 2021

OLIVEIRA, M. S. DA S. Desigualdades de gênero e (in)segurança alimentar e nutricional: olhares a partir do conceito de justiça de gênero de Nancy Fraser TT - Gender inequalities and food and nutrition (In)Security: views from Nancy Fraser's gender justice concept. **Demetra (Rio J.)**, v. 15, n. 1, p. e47218–e47218, 2020b. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/47218/34127> Acesso em 20 de maio de 2021

PAIVA, A. R. DE; LOBATO, L. DE V. C. The formulation of social assistance law and the legitimation of the social assistance public policy. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, n. 3, p. 1065–1073, mar. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QM9tFPkrG3vn4fzgRqsxCJy/abstract/?lang=en> Acesso em 20 de maio de 2021

PEDRAZA, D. F. *et al.* Década de Ação em Nutrição: reflexões sobre a conjuntura brasileira TT - Decade of action in nutrition: reflections on the Brazilian conjuncture. **Demetra (Rio J.)**, v. 15, n. 1, p. e43167–e43167, 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43167/34119> Acesso em 20 de maio de 2021

RIBEIRO-SILVA, R. DE C. *et al.* Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil TT - Covid-19 pandemic implications for food and nutrition security in Brazil. **Ciênc. Saúde Colet**, v. 25, n. 9, p. 3421–3430, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFBrPHcbPdQCPdsJYN4ncLy/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

SAMBUICHI, R. H. R. *et al.* O Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) como estratégia de enfrentamento aos desafios da COVID-19 TT - El Programa de Adquisición de Alimentos (PAA) como estrategia para enfrentar los desafíos de la COVID-19 TT - The Food Acquisition Program (PAA) as a strategy to face the challenges of COVID-19. **Rev. adm. pública (Online)**,



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

v. 54, n. 4, p. 1079–1096, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rap/a/vhSmZVxSzr8LZVbFMLbJNMR/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

SCHOTT, E. *et al.* Fatores associados à insegurança alimentar em domicílios da área urbana do estado do Tocantins, Região Norte do Brasil TT - Factors associated with food security in households in the urban area of the state of Tocantins, Northern Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, v. 23, p. e200096–e200096, 2020. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/PM9zqN3ddYZXXQFZYNxcrFP/?lang=pt> Acesso em 20 de maio de 2021

VASCONCELOS, F. DE A. G. DE *et al.* Public policies of food and nutrition in Brazil: From Lula to Temer TT - Políticas públicas de alimentação e nutrição do Brasil: de Lula a Temer. **Rev. Nutr. (Online)**, v. 32, p. e180161–e180161, 2019. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/rn/a/x5nRd9jQX8dZPmg8JqwrXBD/?lang=en> Acesso em 20 de maio de 2021



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

através da universalidade da saúde” 18 e 19

## CONSELHOS DE SAÚDE: QUALIDADE E EFETIVIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Maria Virgínia Pires Miranda<sup>1</sup>  
Ramon Missias-Moreira<sup>2</sup>  
Edvânia Barbosa da Luz Martins<sup>3</sup>  
Aline Araújo Mascarenhas<sup>4</sup>  
Michelle Christini Araújo Vieira<sup>5</sup>

**Resumo:** Os conselhos de saúde são órgãos colegiados, permanentes, paritários e deliberativos que formulam, supervisionam, avaliam e propõem políticas públicas de saúde. A comunidade participa da gestão pública por meio desses conselhos e esse arranjo é considerado uma importante inovação democrática pois gera condições para o exercício pleno da liberdade e da cidadania. A prioridade atual não é mais reconhecer a participação social nos sistemas de saúde, mas sim garantir a qualidade e a efetividade da participação comunitária nesses órgãos colegiados. O objetivo do estudo é avaliar a efetividade da participação social nos Conselhos de Saúde. Para tanto, foi realizado um aprofundamento sobre o tema por meio de consultas em bancos de dados de órgãos governamentais e documentos oficiais: leis, resoluções, decretos e normas. Buscou-se coletar artigos científicos, de acesso gratuito, na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na PubMed, publicados nos anos de 2015 a 2021, utilizando as palavras-chaves: conselhos de saúde, participação social, avaliação em saúde, deliberações e políticas de saúde para seleção e posterior revisão bibliográfica, sendo critério para incluir o artigo na revisão aqueles que relacionam a efetividade e a qualidade da participação social nos conselhos de saúde. Nesse contexto, foi evidenciado que os representantes sociais desempenham atuação predominantemente do tipo avaliativo/propositivo nos conselhos de saúde, a prática participativa vai além daquela desenvolvida em plenário, existe uma atuação articulada dos representantes sociais nas reuniões

<sup>1</sup> Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIVASF, Especialista em Enfermagem do Trabalho, Especialista em Qualidade e Segurança do Paciente, Membro do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF), Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina- PE, Brasil e [maria.pires@ebserh.gov.br](mailto:maria.pires@ebserh.gov.br).

<sup>2</sup> Doutor em Educação (UFBA), Mestre em Saúde Pública (UESB), Especialista em Atividade Física, Educação e Saúde para Grupos Especiais (FCS). Professor Adjunto na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF). Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física (GIPEEF). Professor Adjunto no curso de Educação Física, Professor Permanente no Doutorado em Agroecologia e Desenvolvimento Territorial e no Mestrado em Psicologia da UNIVASF.

<sup>3</sup> Aluna Especial no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIVASF, Especialista em Enfermagem em Nefrologia, Especialista em Enfermagem em Centro Cirúrgico e Centro de Material, Universidade do Vale do São Francisco, Petrolina – PE, Brasil

<sup>4</sup> Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UNIVASF, Graduada em Direito pela Universidade Federal da Paraíba, Universidade Federal do Vale do São Francisco, Petrolina- PE, Brasil

<sup>5</sup> Doutora em Saúde Coletiva, docente do Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco - Univasf.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

através da universalidade da saúde” 18 e 19

paralelas com os conselheiros. A relação de cooperação entre usuários e profissionais de saúde também favorece a integração de saberes e forças dentro do conselho. Nessa perspectiva, a forte implicação da sociedade nos conselhos, e fora deles, é pré-condição para desenho participativo exitoso. As discussões de grande interesse social nos plenários revelam a proatividade dos conselhos e evidenciam o elevado grau de independência e compromisso com a coletividade. É notório que os conselhos de saúde podem transformar as condições do Estado e da sociedade, já que as relações de poder no plenário permitem um avanço na compreensão dos discursos e das práticas. Nesse sentido é notório que as práticas de participação popular nesses órgãos podem resultar na democratização das relações ou podem ser um instrumento para perpetuar a desigualdade e a submissão social. Sendo assim, esses órgãos colegiados necessitam de uma política mais transparente, com mais voz e que envolva de forma direta a comunicação em massa das informações que são discutidas nos plenários e suas resoluções.

**Palavras-chave:** Conselho de Saúde; Participação Social; Avaliação em Saúde; Deliberações; Políticas de Saúde.

**Eixo Temático 1:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde;

## Introdução

De acordo com Ministério da Saúde, o Conselho de Saúde é um órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) com formação em cada esfera de governo. Composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (Brasil, 2003). Possui função de analisar e aprovar o plano de saúde e o relatório de gestão de cada estado e município, além de informar a sociedade sobre a sua atuação.

A partir da década de 70, a participação social e a deliberação nos conselhos foram consideradas ‘novos espaços democráticos’, criados na esfera estatal e pública, nos níveis local e nacional, e esses espaços começaram a serem defendidos como fundamentais para tornar o sistema democrático mais inclusivo (COELHO, 2007). Nesse sentido, esses órgãos colegiados podem ser considerados instrumentos para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões.

Considerando a relevância da participação popular, vale ressaltar ainda, que a criação do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) surge com uma proposta que põe em evidência a





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

importância desta participação. Sua criação envolveu o protagonismo de diversos atores sociais que se uniram em um grande movimento de reforma sanitária, caracterizando um enorme processo de abertura política e busca por uma melhor comunicação entre o povo e o serviço de saúde. (COELHO, 2012)

Uma das grandes conquistas introduzidas pela Constituição de 1988 e incorporada pelo SUS foi a participação popular nas políticas de saúde do Brasil, por meio dos conselhos de saúde (BRASIL, 2005). Sendo considerado espaços de práticas da participação no processo decisório das políticas públicas de saúde e do exercício do controle social (SOUZA; SALIBA, 2003). O controle social, portanto, é caracterizado como a expressão mais viva da participação da sociedade na gestão da saúde e, também, pelas normas operacionais básicas de 1993 e 1996 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1993 e 1996).

No Brasil, a democratização e a descentralização abriram espaço para experiências de participação popular nas áreas de decisão de políticas públicas. Os conselhos podem trazer para o cenário político um potencial transformador tanto para o estado como para a sociedade (O'DWYER; MOYSÉS, 1998). A análise das relações de poder em um conselho de saúde permite um avanço na compreensão dos discursos e das práticas tendo reflexos nas deliberações que ocorrem nas reuniões plenárias. Nessa perspectiva, é observado que a participação comunitária pode fortalecer a democratização, como também, pode ser instrumento de perpetuação das desigualdades, isso vai depender da atuação efetiva dos conselheiros e suas deliberações.

A participação social nos órgãos colegiados objetiva transformar a realidade das políticas públicas e possibilita construir caminhos melhores para a humanidade, além de dar sentido aos outros princípios instituídos pelo SUS, que são: igualdade, liberdade, diversidade e solidariedade. Na Saúde, as duas formas principais de participação social são: as conferências e os conselhos de saúde (BRASIL, 2013). A Conferência reúne todos os segmentos representativos da sociedade, um espaço de debate para avaliar a situação de saúde, propor diretrizes para a formulação da política de saúde nas três esferas de governo, acontece de 4 em 4 anos, sendo um espaço de debate, formulação e avaliação das políticas de saúde. Já os Conselhos formulam, supervisionam, avaliam, controlam e propõem políticas públicas, ou seja,





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

são atuações independentes, porém uma complementa o outro em suas atividades.

Os conselheiros de saúde representantes do segmento de usuários e trabalhadores de saúde devem participar do programa permanente de educação na saúde. Esse programa deve estar em consonância com a Política de Educação Permanente para o Controle Social no SUS. O objetivo dessa educação continuada é contribuir para o Controle Social no SUS, fortalecendo os debates entre conselheiros de saúde, problematizando as questões relacionadas ao controle social. Pois, durante o ciclo de consolidação desses órgãos colegiados foi observado que muitos conselheiros não tinham conhecimento e propriedade dos assuntos comunitários para debater em plenário necessitando de curso (BRASIL, 2005).

A inclusão da comunidade no processo de tomada de decisão também pode aumentar a transparência do governo, já que informa aos cidadãos sobre as decisões que afetam suas vidas cotidianas (ABELSO *et al.*, 2012). A prestação de contas está relacionada com a transparência governamental e requer que os cidadãos sejam plenamente informados sobre como e por quem as decisões são tomadas, incluindo a tomada de decisão sobre as formulações de políticas públicas, e as informações ou evidências utilizadas para alcançar essas decisões (SCOTT, 2007). Nessa perspectiva, essas atuações populares ajudam a monitorar o desempenho da saúde e do sistema governamental, além de fiscalizar a alocação dos recursos públicos.

O objetivo do presente estudo é avaliar a efetividade da participação social nos Conselhos de Saúde. Para tanto, foi realizado um aprofundamento sobre o tema por meio de consultas em bancos de dados de órgãos governamentais e documentos oficiais: leis, resoluções, decretos e normas. Buscou-se coletar artigos científicos, de acesso gratuito, na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na PubMed, e após realizou-se uma revisão integrativa.

## **Método**

O estudo fundamentou-se na investigação exploratória de artigos científicos, de acesso gratuito, na base de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e na PubMed.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

Foram selecionados um total de 21 artigos, sendo 3 de circulação internacional e 18 de circulação nacional. No qual, desse total, apesar de tratarem sobre o tema Conselhos de Saúde, dois, não entraram no critério de inclusão, pois abordavam assuntos genéricos não focando no objetivo do artigo em produção.

A busca bibliográfica dos artigos foi realizada pelas palavras-chaves, utilizando o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), que é um vocabulário controlado que usa descritores para a indexação de artigos científicos e outros documentos da área biomédica e abrangeu o intervalo de janeiro de 2015 até maio de 2021. As palavras-chaves utilizadas foram: conselhos de saúde, participação social, avaliação em saúde, deliberações e políticas de saúde.

Os critérios para inclusão do artigo na revisão foram aqueles que relacionavam a efetividade e a qualidade da participação social nos conselhos de saúde. Para isso, foi efetuada a leitura dos títulos e resumos via internet, para captação dos trabalhos, e após, realizados fichamentos minuciosos procurando relacionar o objetivo do trabalho em construção com os resultados encontrados nos artigos coletados. Os manuais, leis, decretos, portarias também foram consultadas para embasar a produção e todos foram explorados por meio eletrônico. Nesse contexto, os artigos foram lidos e classificados segundo características metodológicas e temáticas.

A revisão integrativa de literatura é um método que tem como finalidade sintetizar resultados obtidos em pesquisas sobre um tema ou questão, de maneira sistemática, ordenada e abrangente. É denominada integrativa porque fornece informações mais amplas sobre um assunto, constituindo, assim, um corpo de conhecimento (CLOSS; CHEATER, 1999). Sendo, um instrumento da prática baseada em evidências (PBE) que possibilita a síntese e análise do conhecimento produzido acerca da temática investigada, constituindo-se em uma técnica de pesquisa com rigor metodológico, aumentando a confiabilidade e a profundidade das conclusões da revisão (ROMAN; FRIEDLANDER, 1998).

## **Resultados e discussão**

Inicialmente, tratando-se do conceito mais amplo de participação social, constata-se que



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

a ação do coletivo independentemente de sua aplicação no tempo ou espaço, reflete a relação do Estado com a sociedade. Deste modo, é correto afirmar que esta ação produz sempre algum tipo de mudança, pois nela é composta uma nova identidade popular construída por seus atores, fruto de muita negociação e construção, e que acaba por refletir essa demanda populacional por direitos através de um movimento (BERTONCELLO *et al.*, 2020).

Nesse contexto, é importante ressaltar que a relação de cooperação entre usuários e profissionais de saúde também favorece a integração de saberes e forças dentro do conselho. Estudo realizado por Santos e Martins (2012), o qual buscou conhecer o posicionamento do enfermeiro sobre sua atuação no Conselho Local de Saúde (CLS) frente ao princípio organizacional do SUS de controle social no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde. Concluiu-se que a maioria dos entrevistados tem consciência da importância da atuação do CLS, e considera importante a participação do Enfermeiro no CLS, devido a sua formação voltada para a prática social e de saúde pública. No entanto, muitos entrevistados ainda acreditam que a atuação do Enfermeiro no CLS é importante somente como espaço para divulgar ações e necessidades do serviço de atenção básica à saúde.

Desta forma, é evidente que a atuação dos profissionais de saúde em seus ofícios profissionais dentro das comunidades ajuda a transmitir conhecimentos quanto ao funcionamento do SUS à população, assim como informações sobre seus direitos e deveres. Além desse papel político, o profissional de saúde deve contribuir para o oferecimento a toda população, de forma indiscriminada, a garantia de uma assistência de qualidade, isenta de riscos para os usuários e para os próprios trabalhadores.

Nesse contexto, no plano das relações sociais, a eliminação da distância existente entre os cidadãos têm que começar pelo efetivo reconhecimento dos direitos universais, os quais estão explícitos na constituição federal de 1988. O qual, muitos brasileiros desconhecem. Cada pessoa tem que se reconhecer e reconhecer o outro como portador de direitos, pois a partir disso podemos enxergar mudanças efetivas no cenário político atual. Esse é um processo que apenas se inicia na sociedade brasileira, que por décadas se acostumou a aceitar os direitos sociais como privilégio de alguns (BRASIL, 1998).

Com a realização da pesquisa, Santos e Martins (2012), identificou traços que



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

caracterizam o posicionamento de enfermeiros sobre sua atuação no CLS à luz do princípio organizacional do SUS e do controle social. Entendemos que o exercício dessa atribuição é legítimo, tendo em vista que esse profissional participa da democratização na gestão do SUS, na operacionalização de uma efetiva integração como profissional na formulação de políticas de saúde.

Já em outro estudo, o qual foi analisado o posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA) diante das decisões do Governo Federal relativas ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) no período 2016-2018. Discutiu-se a baixa representatividade de alguns grupos populacionais no CES-BA e a percepção acerca da Emenda Constitucional 95 e da influência dos partidos políticos na dinâmica dos conselhos. A conclusão ressalta a importância relativa da qualificação técnica diante da experiência acumulada pelos conselheiros e a necessidade de articulação destes com as bases sociais que pretendem representar, especialmente na atual conjuntura política brasileira (TEIXEIRA; MORAIS, 2021).

Assim no proposto artigo, dos 14 entrevistados, 12 informaram ter participado do debate sobre esse tema no CES e posicionaram-se contra a Emenda Constitucional nº 95 (EC95), por compreenderem que tal medida desestrutura ainda mais um sistema que já vive em condição de subfinanciamento. Quanto aos movimentos em torno da EC95, destaca-se o desânimo pontuado pelos conselheiros, pois as ações realizadas pelos mesmos, não tiveram uma repercussão a ponto de mudar as decisões do Governo.

Segundo Labra (2012), essa frustração frente a um esforço costuma ocorrer entre os conselheiros, gerando preocupações, pois as deficiências do SUS e as dificuldades dentro do contexto da saúde incidem diretamente sobre o compromisso com os processos participativos. Nesse sentido, é notório que as práticas de participação popular nesses órgãos podem resultar





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

através da universalidade da saúde” 18 e 19

na democratização das relações ou pode ser um instrumento para perpetuar a desigualdade e a submissão social.

Nessa perspectiva, consideramos importante que a atuação dos conselheiros não se limite à discussão das pautas do conselho, cabendo, portanto, aos mesmos a interlocução constante com as bases sociais que a representam, de modo a traduzir suas necessidades e demandas em propostas reais que possam ser articuladas com projetos mais amplos de mudança social e, especificamente, da defesa do direito universal à saúde e do SUS, e isso só se consegue com participação social efetiva dentro dos órgãos colegiados.

A corresponsabilidade entre Estado e sociedade civil amplia o poder de diferentes atores e segmentos sociais sobre os processos constitutivos da política, resultando em maior compromisso dos envolvidos, pois requer deles capacidade de análise, proposição e controle social na defesa de interesses comunitários. O resultado de determinadas políticas, programas ou mesmo da participação social no processo de gestão de políticas públicas implica quantitativamente e/ou qualitativamente sobre as condições de vida populacional (ROCHE apud SILVA, 2008, p. 154).

Os artigos que mencionam o impacto da participação social em sua participação nos Conselhos de Saúde se restringiam a enfatizar a dificuldade dos conselheiros em exercerem influência efetiva sobre as políticas públicas. Nessa direção, permanecem lacunas em termos de investigações relacionadas à fase da implementação das decisões, o que justifica a relevância deste estudo. Já em uma pesquisa realizada por e Comerlato, Kleba e Zampirom (2015), na qual, avaliou o efeito do processo decisório e o impacto na gestão de políticas públicas dos Conselho Municipal de Saúde, concluiu-se que esse processo requer identificar as "alterações ou mudanças efetivas na realidade sobre a qual os programas de saúde intervêm e por ela são provocadas (BARREIRA; CARVALHO, 2001, p. 21). Para o efetivo impacto da participação comunitária, é necessário que o processo decisório não se finalize com o ato de decidir; isto significa que, após a escolha, deva existir um monitoramento, análise e acompanhamento da decisão, com vistas a verificar se os resultados obtidos se mostram negativos ou positivos (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007). Como exemplo, na pesquisa realizada por Comerlato, Kleba e Zampirom (2015), constatou-se que o Conselho aprovou o credenciamento do serviço de traumatologia-ortopedia, sem acompanhar a implementação dessa decisão, revelando fragilidades





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

no que se relaciona ao efetivo exercício do controle social.

Ainda se tratando dos movimentos sociais, é importante ressaltar a importância da participação do coletivo também para requerer olhares específicos a demandas que não abrangem a todos, como é o caso das Pessoas com Deficiência - PCD. Conforme trazem os autores Peixoto *et al.* (2018), a trajetória não é um fator de exclusão nesse engajamento. É preciso reconhecer que a deficiência não é requisito para que se tenha esta representatividade por parte da população em geral, e sim uma questão social que pode e deve ser compartilhada com toda a sociedade. Este estudo corrobora com a obtenção de direitos para PCD, os autores ainda entrevistou representantes da sociedade civil de Aracaju-SE, onde alguns alegaram que, dentre outros aspectos, as políticas públicas voltadas às Pessoas com Deficiência eram mais assistencialistas, com uma visão voltada para auxílios individuais e pontuais, visando a necessidade não só da sociedade como um todo de prestar atenção à esta demanda, quanto aos próprios profissionais de saúde que ali compõem.

Sendo assim, concluiu-se que o estudo evidenciou que a mobilização dos movimentos sociais possuía caráter decisório nas conquistas dos direitos sociais. Porém, inicialmente era imprescindível que os próprios representantes da sociedade civil adentrassem ao próprio conceito de Pessoa com Deficiência que, conforme trouxe o autor, se manifestava de maneira difusa, transitando entre diversos paradigmas. Contudo, mais uma vez, enfatizou a importância do controle da sociedade na obtenção desses direitos através sobretudo da pressão política, pois uma vez compreendida a Pessoa com Deficiência, facilita-se o processo de compreensão também da necessidade dos seus direitos (PEIXOTO, *et al.*, 2018).

Nessa perspectiva, uma pesquisa realizada sobre participação do conselho nacional de saúde na realização e construção da 15ª conferência de saúde, destacando os principais componentes desse evento, como o modelo institucional focando na sua dinâmica participativa, e as propostas e diretrizes aprovadas, comparando-as com o modelo político atual (SILVA; LIMA, 2019). O estudo evidenciou a necessidade de mudanças nos moldes das Conferências de Saúde, principalmente focadas nos conselheiros de saúde, profissionais de saúde, representantes do governo e comunidade científica, pois o quantitativo de diretrizes e propostas no final do relatório obtidos nas reuniões dos plenários eram consideradas um empecilho na efetividade das conferências. Os debates eram centralizados na necessidade de ampliar e



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

fortalecer a base social, melhorar a efetividade das conferências nas políticas de saúde e tiveram como resultantes a inclusão de novos sujeitos, a necessidade de ampliação da estrutura basilar social, assim como a racionalização das propostas documentadas no final da conferência. As Conferências Nacionais de Saúde (CNS), ao longo do tempo vem percorrendo um longo caminho, com lutas anteriores a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) tentando se enquadrar em um novo formato, com uma maior articulação ao movimento democrático, deixando de ser colegiados de cunho meramente administrativo com um enfoque maior na participação popular (SOUZA *et al.*, 2013).

A necessidade de democratizar as Conferências de saúde e promover um canal mais participativo com a comunidade, menos burocrático, com fortalecimento da base social, foi bastante focado neste artigo. Nesse sentido, é importante enfatizar o alinhamento concreto da realidade do SUS, sendo necessário para que haja efetividade na implantação de diretrizes do CNS. Nessa perspectiva, faz-se necessário uma reflexão sobre as tomadas de decisão, de forma mais penetrável as demandas da sociedade, que sejam além de movimentos políticos sociais e da atuação do Conselho de Saúde.

Desvelando sobre a efetividade de atuação dos Conselhos Municipais, um estudo realizado em Belo Horizonte (MG) e Belém (PA), buscou avaliar a efetividade dos conselhos nessas regiões. Baseado em análise documental que adotou, com adaptações, variáveis de análise propostas em outros estudos. Em relação ao grau de efetividade dos conselhos analisados, Conselho Superior da Agência Reguladora Municipal de Água e Esgoto de Belém (CSAMAE), Conselho Municipal de Saneamento de Belo Horizonte (COMUSA), Conselho Municipal de Belém (CMS/bel) e Conselho Municipal de Belo Horizonte (CMS/BH), a efetividade deliberativa desses conselhos foram consideradas ineficazes, considerando a fragilidade da disposição do controle social em saneamento. Mesmo com toda trajetória histórica, democrática e participativa, os Conselhos de Saúde não se mostraram tão efetivos como os iniciantes Conselhos em Saneamento, mesmo considerando o tempo histórico percorrido pelos Conselhos de Saúde, porém não se deve desacreditar da importância do controle social, o que se deve levar em consideração é o avanço dos conselhos de saneamento em cada conquista (SOUZA; HELLER, 2018).



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

As pesquisas direcionadas na área de saúde são consideradas amplas, principalmente no que concerne o estudo aos conselhos de saúde, no entanto as pesquisas relacionadas aos conselhos de saneamento é uma iniciativa relevante devida a escassez de pesquisas voltadas a essa temática (LAVALLE; VOIGT, 2016; PITERMAN, 2013).

A participação dos representantes da sociedade civil nos Conselhos de Saúde foi amplamente abordada no estudo realizado por Andrade e Vaitsman (2013), em um município do Rio de Janeiro. O estudo de caso procurou analisar as inferências na instituição dos conselhos setoriais, assim como os avanços e desafios participativos da gestão das políticas sociais, como preconiza a constituição de 1988, por meio de entrevista, com conselheiros civis. Sendo assim, os espaços participativos surgem para promover a participação da comunidade, trilhando uma diversidade de experiências. Dentro desse aspecto, esse município possui uma característica peculiar, pois conta com uma sociedade civil bastante atuante e com uma diversidade de organizações sem fins lucrativos, tal situação proporcionou um elevado número de conselhos atuantes que colocavam em pauta as necessidades sociais da comunidade. Comparando-se a outros municípios de porte equivalente, alguns indicadores no que se refere à organização da saúde como cobertura, orçamento e gestão apresentaram aspectos positivos de desenvolvimento (ANDRADE; VAITSMAN, 2013).

Sendo assim, foi evidenciado a atuação dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, por sua atuação junto à comunidade, para a melhoria da qualidade da assistência e consolidação do SUS juntamente aos Conselhos de Saúde. Principalmente, no que tange ao planejamento, organização, acompanhamento e avaliação das ações de saúde, levando propostas comunitárias reais para as discussões nos plenários, como também, nas proposições diretas com os conselheiros. Assim, a atuação dos profissionais de saúde é contínua, provocativa e permanente, fazendo um elo entre a comunidade e os órgãos colegiados. Com a realização dessa pesquisa foi possível identificar traços que caracterizam o posicionamento dos enfermeiros sobre sua atuação no Conselho Local de Saúde à luz do princípio organizacional do SUS de controle social no planejamento, acompanhamento e avaliação das ações de saúde (SANTOS; MARTINS, 2012). Assim, os profissionais de saúde exercem suas práticas, para além de sua dimensão técnica, profissional e acadêmica, pois eles podem compreender a dinâmica social, a inter-relação de cada âmbito de prática com os demais, seja na produção do



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

conhecimento ou nos processos decisórios.

Já no estudo de Peixoto *et al.* (2018), ficou evidenciado a necessidade da participação social não apenas no que diz respeito ao direito coletivo e abrangente, mas também ao requerer direitos específicos de um grupo, como é o caso das Pessoas com Deficiência. Os autores ressaltaram a importância de se compreender que não há necessidade em fazer parte de um grupo para requerer os direitos do mesmo. Ressalto ainda a importância da população para se criar as chamadas “janelas favoráveis”, que consistem em situações favoráveis na definição destes problemas que irão incluir a relação do Estado com os demais grupos sociais que possuem suas delimitações de direitos através de negociações.

Já no estudo de Teixeira e Moraes (2021), ficou nítida que na composição do Conselho Estadual de Saúde da Bahia (CES-BA), a força e diversidade de entidades de defesa a grupos mais vulneráveis não são necessariamente as de maior expressão, o que os deixa mais fragilizada a participação desses grupos nos Conselhos, a exemplo de entidades da população LGBTQIA+, outras entidades religiosas, população quilombola, dentre outros. Do mesmo modo, a análise do posicionamento do segmento dos usuários nos permite concluir que esses representantes mesmo não apresentando uma visão aprofundada e consistente da crise e do desmonte do SUS, tendem a posicionar-se em defesa do SUS, opondo-se às medidas do Governo, principalmente a respeito à redução dos recursos financeiros do SUS e perdas de direitos conquistados. Nesse sentido, a atuação dos conselheiros não se limita à discussão das pautas nos conselhos, mas sim, foi observado que eles mantêm uma interlocução constante com as bases sociais que representam, ficando evidente a efetividade da participação social nesses órgãos colegiados.

Nessa perspectiva, também foi evidenciado que a maioria dos representantes da sociedade muitas vezes possui a capacidade para argumentar ou defender determinados interesses sociais, mas, por outro lado, a vontade política, o compromisso e o engajamento do gestor na condução do processo e na implementação das decisões dos conselhos é um entrave para andamento e resoluções das propostas. Tais resultados apontam a necessidade de novos estudos sobre a efetividade da participação social nesse aspecto, com vistas a analisar em que medida as deliberações dos conselhos gestores têm sido incorporadas como políticas públicas.

No que tange ao incentivo aos representantes da comunidade a acessar às informações





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

**através da universalidade da saúde” 18 e 19**

de inclusão digital como uma ferramenta de acesso a divulgações de saúde, foi enfatizado que é disponibilizada pouca informação por parte do governo municipal e federal e dos próprios representantes sobre esse aspecto. Apesar de os conselheiros possuírem qualificações para exercerem a função, eles dispõem de pouco acesso às informações de saúde pelo meio digital, o que gera desigualdade no uso da informação entre os segmentos representados, resultando em relações assimétricas de poder no âmbito das discussões do Conselho. Nesse caso, a efetividade da participação social nos Conselhos fica comprometida, necessitando uma melhor divulgação de saúde para todos os Conselheiros, além de criação de ambientes propícios para difusão do conhecimento por parte dos gestores municipais e dos representantes de cada categoria. Para tanto, é necessário democratizar a comunicação e a informação.

Em relação à pesquisa de Silva e Lima (2019), alguns entraves foram identificados na 15º CNS, a respeito do desenho burocrático apresentado, com limitações da participação comunitária. Sendo necessário um novo formato para promover o fortalecimento e efetividade das ações, principalmente promovendo a democratização do processo de planejamento e da gestão em saúde. Os resultados positivos das Conferências nas políticas de saúde dependem de vários fatores, principalmente da sensibilidade da gestão sobre os aspectos relacionados à participação da sociedade na democratização das políticas. Nessa perspectiva, faz-se necessário uma reflexão sobre as tomadas de decisão, de forma mais penetrável as demandas da sociedade, que sejam além de movimentos políticos sociais e da atuação do Conselho de Saúde.

Já a pesquisa sobre Conselhos de Saneamento e Saúde, os quatro conselhos analisados estão distantes do grau de efetividade deliberativa desejada, tendo como base as fragilidades dos propósitos do controle social nesses órgãos, além do que eles não respeitam o que está disposto na legislação específica desses órgãos colegiados. Mesmo com toda trajetória histórica, democrática e participativa, foi evidenciado que os Conselhos de Saúde não se mostraram tão efetivos quanto os iniciantes Conselhos em Saneamento, porém não se deve desacreditar da importância do controle social, o que se deve levar em consideração é o avanço mesmo que incipiente desses órgãos colegiados, pois com passos curtos podemos





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

através da universalidade da saúde” 18 e 19

perceber avanços e progresso, claro que não é o desejado, mas não deixa de ser um avanço social.

## Referências

ABELSO, J; WARREN, M. E; FOREST, P, G. O futuro de deliberação pública sobre questões de saúde. **Hastings Cent Rep.**, v.2, p.27-29, 2012.

ANDRADE, G. R. B. de; VAITSMAN, J. A participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e de políticas sociais no município de Piraí, RJ (2006). **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.18, p.2059-2068, 2013.

BARREIRA, M. C. R. N.; CARVALHO, M. do C. B. C. **Tendências e perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. 1 ed. São Paulo: IEE: PUC, p.21, 2001.

BERTONCELLO, A *et al.* **Ação coletiva e políticas públicas: mulheres camponesas na construção da Política de Saúde das Populações do Campo, da Floresta e das Águas**. 1 ed. Campo Grande: Interações, p.543-558, 2020.

BRASIL.Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução Nacional, no 333, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS NOB SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília, 1996.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde (série B: textos básicos de saúde), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei**. Brasília, 1993. (Anexo: norma operacional 001/93).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do SUS NOB SUS 01/96: Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão**. Brasília, 1997.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

através da universalidade da saúde" 18 e 19

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho de Saúde: **A responsabilidade do controle social democrático do SUS**. Brasília, 2013.

CLOSS SJ, CHEATER, FM. Evidence for nursing practice: a clarification of the issues. **J Adv Nurs**, v.30, n.1, p.10-7,1999

COELHO, J,S. Construindo a participação social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. **Saúde soc**, v.2, n.1, p.138-151, 2012.

COELHO, Vera Schattan P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Ciência. saúde Coletiva**. Novos estudos CEBRAP, São Paulo, n.78, 2007.

COMERLATTO, D.; ZAMPIRON, K.; KEBLA, M. E. Processo decisório e impacto na gestão de políticas públicas: desafios de um Conselho Municipal de Saúde. **Saúde e Sociedade**. v.24, n.2, p.556-567, 2015.

LABRA, M. E.; St. AUBYN, F. J. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, n.3, p. 537-547, 2002.

LAVALLE, A.G., VOIGT J. S. L. O que fazem os conselhos e quando o fazem? Padrões decisórios e o debate dos efeitos das instituições participativas. **Rev Ciên Soc.**, v.59, n.3, p.609-650, 2016.

O'DWYER, G. C.; MOYSÉS, N. M. N. Conselhos municipais de saúde: o direito de participação da sociedade civil? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.3, n.1, p. 26-27, 1998.

PEIXOTO, M. V. da S. *et al.* Análise da participação popular na política de atenção à saúde da pessoa com deficiência em Aracaju, Sergipe, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p.1099-1110, 2018.

PITERMAN, A. (A falta de) controle social das políticas municipais de saneamento: um estudo em quatro municípios de Minas Gerais. **Saude Soc**, v.22, n.4, p.1180- 1192, 2013..

ROMAN, Arlete Regina; FRIEDLANDER, Maria Romana. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 3, n. 2, 1998.

SANTOS, S., M., R.; MARTINS, A., L., X. O exercício do controle social no Sistema Único de Saúde: a ótica do enfermeiro como membro do conselho local de saúde. **Saúde soc**. v.21, supl.1, p.199-209, 2012.



# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena

através da universalidade da saúde” 18 e 19

SILVA, B. T.; LIMA, Isabel M. S. 15<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde: um estudo de caso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 28, p.97-114, 2019.

SILVA, M. O. Avaliação de políticas e programas sociais: uma reflexão sobre o conteúdo teórico e metodológico da pesquisa avaliativa. In: SILVA, M. O. S. (Org.). **Pesquisa avaliativa: aspectos teórico-metodológicos**. 1 ed. São Paulo: Veras, 2008.

SOUZA, R. A. A.; SALIBA, O. A saúde bucal em pauta: análise de registros dos conselhos municipais de saúde de municípios pertencentes a 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1381-1388, Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, C. H. L. *et al.* Conferências típicas e atípicas: um esforço de caracterização do fenômeno político. In: AVRITZER, L.; SOUZA, C. H. L. (Org.). **Conferências nacionais: atores, dinâmicas participativas e efetividades**. 1 ed. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, p. 25-52, 2013

SOUZA, C. M. N.; HELLER, L. Efetividade deliberativa em conselhos municipais de saneamento e de saúde: um estudo em Belo Horizonte- MG e em Belém-PA. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 24, p. 4325-4334, 2018.

TEIXEIRA, C. F.; MORAIS, A. S. Posicionamento dos representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde da Bahia diante do agravamento do subfinanciamento do SUS em 2016-2018. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 30, n.1, 2021.

WENDHAUSEN, Á.; CARDOSO, S. de M. Processo decisório e conselhos gestores de saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.5, p.579-584, 2007.

# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## SOBRE OS ORGANIZADORES

### DR. RAMON MISSIAS-MOREIRA



Um jovem professor negro, pesquisador, nordestino, soteropolitano, de 34 anos de idade, viajante, utópico sonhador e realizador de sonhos. Pós-doutorando em Atividade Física e Saúde no Centro de Investigação em Atividade Física, Saúde e Lazer (CIAFEL), vinculado à Faculdade de Desporto da Universidade do Porto, Portugal (FADEUP). Doutor em Educação pela Universidade Federal da Bahia (UFBA-2017). Mestre em Saúde Pública pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB-2012). Especialista em Atividade Física, Educação e Saúde para Grupos Especiais pela Faculdade da Cidade do Salvador (FCS-2010). Licenciado Pleno em Educação Física pela UESB (2009). Licenciado em Pedagogia pela Universidade Metropolitana de Santos (2019). Professor Adjunto na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), leciona na Licenciatura e Bacharelado em Educação Física, na Licenciatura EaD em Pedagogia, no Mestrado em Psicologia e no Doutorado em Agroecologia

e Desenvolvimento Territorial. Coordenador do Estágio Supervisionado da Licenciatura em Educação Física. Líder do Grupo de Pesquisa Interdisciplinar sobre Saúde, Educação e Educação Física - GIPEEF/UNIVASF/CNPq. Membro da Rede Internacional de Pesquisas sobre Representações Sociais de Saúde (RIPRES), com sede na Universidade de Évora, Portugal; Membro do GT da ANPEPP Memória, Identidade e Representações Sociais; Associado da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Associado da Sociedade Brasileira de Atividade Física e Saúde (SBAFS); Associado da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN); Membro do Comitê de Políticas Institucionais para as Licenciaturas; e, Membro do Comitê de Políticas de Estágio da UNIVASF. Idealizador e organizador de coleções de livros com repercussões globais, sendo as mais recentes: Qualidade de vida e saúde em uma perspectiva interdisciplinar; e, Representações Sociais na contemporaneidade. Idealiza e organiza, em parceria com outros pesquisadores, relevantes congressos internacionais, a exemplo do CINPSUS e do CIRSQVASF. Autor e coautor de artigos em revistas indexadas, com mais de 26 livros organizados, e capítulos de livros publicados. Orienta projetos de Doutorado e Mestrado nas áreas da Saúde Coletiva/Pública, especialmente nas temáticas da Atividade Física, Condições de Saúde e Qualidade de Vida em diversas populações. Com um modo colaborativo de desenvolver suas atividades profissionais, interagiu com mais de 700 colaboradores(as) de 3 continentes em suas iniciativas acadêmicas e científicas (artigos, capítulos, livros, eventos, pesquisas, extensão, bancas, etc). Possui experiência docente na educação básica, no ensino técnico e, desde 2011, atua no ensino superior público e privado, em áreas relacionadas à Educação, Saúde e Educação Física.

E-mails: [ramon72missias@gmail.com](mailto:ramon72missias@gmail.com) / [gipeefunivasf@gmail.com](mailto:gipeefunivasf@gmail.com) / [ramonefisica@hotmail.com](mailto:ramonefisica@hotmail.com)

Instagram: [@gipeef\\_univasf](https://www.instagram.com/gipeef_univasf) Site: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef> Youtube: [@gipeef](https://www.youtube.com/gipeef)





# I CONGRESSO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINAR SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE - CINPSUS

"Em busca da cidadania plena através da universalidade da saúde"

18 e 19 de junho de 2021

## DRA. CRISTINA CARVALHO MESQUITA



Fisioterapeuta pela Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto (ESS-IPP), em 1987, Portugal. Mestre em Atividade Física na Terceira Idade na Faculdade de Desporto da Universidade do Porto (FADEUP), em 2002. Doutoramento em Atividade Física e Saúde pela FADEUP, em 2012. Professora Adjunta e coordenadora do programa de mobilidade ERASMUS na área da Fisioterapia da ESS-IPP. Investigadora Colaboradora do Centro de Investigação em Reabilitação/CIR/ESS-IPP. Suas principais áreas de investigação são: Promoção da Saúde na Comunidade, Saúde Ocupacional, Doenças Crônicas Não-Transmissíveis e Políticas Públicas de Saúde. Autora de capítulos de livros, artigos em revistas internacionais e em diversas conferências e congressos internacionais e nacionais. E-mail: [ctmesquita@ess.ipp.pt](mailto:ctmesquita@ess.ipp.pt) Site: <http://cir.ess.ipp.pt/>





## REALIZAÇÃO



Grupo de Pesquisa Interdisciplinar  
sobre Saúde, Educação e Educação Física

## APOIO/ORGANIZAÇÃO

