



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

Francisca de Fátima dos Santos Freire  
(Organizadora)

  
Ano 2021



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

Francisca de Fátima dos Santos Freire  
(Organizadora)

  
Ano 2021

### **Editora Chefe**

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

### **Assistentes Editoriais**

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

### **Bibliotecária**

Janaina Ramos

### **Projeto Gráfico e Diagramação**

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremo

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

### **Imagens da Capa**

Shutterstock

### **Edição de Arte**

Luiza Alves Batista

### **Revisão**

Os Autores

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2021 Os autores

Copyright da Edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense  
Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo  
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá  
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima  
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionale delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas  
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco  
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador  
Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Vanessa Ribeiro Simon Cavalcanti – Universidade Católica do Salvador  
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof. Dr. Arinaldo Pereira da Silva – Universidade Federal do Sul e Sudeste do Pará  
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás  
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia  
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Jayme Augusto Peres – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

## **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília  
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí  
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Profª Drª Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina  
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília  
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira  
Prof. Dr. Fernando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra  
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia  
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco  
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará  
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas  
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará  
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados  
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino  
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Profª Drª Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco

## **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Profª Drª Ana Grasielle Dionísio Corrêa – Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Cleiseano Emanuel da Silva Paniagua – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Dra. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande

Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Dr. Marco Aurélio Kistemann Junior – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Sidney Gonçalves de Lima – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

#### **Linguística, Letras e Artes**

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins  
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará  
Profª Drª Edna Alencar da Silva Rivera – Instituto Federal de São Paulo  
Profª Drª Fernanda Tonelli – Instituto Federal de São Paulo,  
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná  
Profª Drª Miraniide Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará  
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste  
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

#### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí  
Profª Ma. Adriana Regina Vettorazzi Schmitt – Instituto Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Alex Luis dos Santos – Universidade Federal de Minas Gerais  
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional  
Profª Ma. Aline Ferreira Antunes – Universidade Federal de Goiás  
Profª Drª Amanda Vasconcelos Guimarães – Universidade Federal de Lavras  
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa  
Profª Drª Andrezza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia  
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá  
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão  
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais  
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco  
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar  
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Me. Carlos Augusto Zilli – Instituto Federal de Santa Catarina  
Prof. Me. Christopher Smith Bignardi Neves – Universidade Federal do Paraná  
Profª Drª Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas  
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília  
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa

Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás  
Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia  
Prof. Me. Edson Ribeiro de Britto de Almeida Junior – Universidade Estadual de Maringá  
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases  
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina  
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil  
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita  
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás  
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí  
Prof. Dr. Everaldo dos Santos Mendes – Instituto Edith Theresa Hedwing Stein  
Prof. Me. Ezequiel Martins Ferreira – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora  
Prof. Me. Fabiano Eloy Atilio Batista – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas  
Prof. Me. Francisco Odécio Sales – Instituto Federal do Ceará  
Prof. Me. Francisco Sérgio Lopes Vasconcelos Filho – Universidade Federal do Cariri  
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo  
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária  
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás  
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro  
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza  
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Me. Javier Antonio Albornoz – University of Miami and Miami Dade College  
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará  
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social  
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe  
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay  
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco  
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás  
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFGA  
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia  
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis  
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR  
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Ma. Lilian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará  
Profª Ma. Lilian de Souza – Faculdade de Tecnologia de Itu  
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ  
Profª Drª Lúvia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás  
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe  
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná  
Profª Ma. Luana Ferreira dos Santos – Universidade Estadual de Santa Cruz  
Profª Ma. Luana Vieira Toledo – Universidade Federal de Viçosa  
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados  
Prof. Me. Luiz Renato da Silva Rocha – Faculdade de Música do Espírito Santo  
Profª Ma. Luma Sarai de Oliveira – Universidade Estadual de Campinas  
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos

Prof. Me. Marcelo da Fonseca Ferreira da Silva – Governo do Estado do Espírito Santo  
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior  
Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo  
Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará  
Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri  
Prof. Dr. Pedro Henrique Abreu Moura – Empresa de Pesquisa Agropecuária de Minas Gerais  
Prof. Me. Pedro Panhoca da Silva – Universidade Presbiteriana Mackenzie  
Profª Drª Poliana Arruda Fajardo – Universidade Federal de São Carlos  
Prof. Me. Rafael Cunha Ferro – Universidade Anhembi Morumbi  
Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco  
Prof. Me. Renan Monteiro do Nascimento – Universidade de Brasília  
Prof. Me. Renato Faria da Gama – Instituto Gama – Medicina Personalizada e Integrativa  
Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba  
Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco  
Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão  
Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo  
Profª Ma. Taiane Aparecida Ribeiro Nepomoceno – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana  
Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí  
Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista



**Bibliotecária:** Janaina Ramos  
**Diagramação:** Camila Alves de Cremo  
**Correção:** Flávia Roberta Barão  
**Edição de Arte:** Luiza Alves Batista  
**Revisão:** Os Autores  
**Organizadora:** Francisca de Fátima dos Santos Freire

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

S491 Serviços e cuidados em saúde / Organizadora Francisca de Fátima dos Santos Freire. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-198-2

DOI 10.22533/at.ed.982211806

1. Saúde. I. Freire, Francisca de Fátima dos Santos (Organizadora). II. Título.

CDD 613

**Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

**Atena Editora**

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa.

## APRESENTAÇÃO

A obra “Organização Serviços e Cuidados em Saúde”, consiste em uma série de livros da Atena Editora, que tem como objetivo primeiro a discussão de temas científicos, com ênfase na produção da saúde: na gestão e na linha de cuidado da saúde pública. As publicações que compõem esse ensaio são frutos de estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa que resistem na defesa da ciência.

A temática arrolada nos instiga a profundas reflexões e inquietações. Iremos apresentar de forma categorizada e interdisciplinar em quatro volumes. As produções nascem dos estudos, pesquisas, relatos de experiência e/ou revisões que perpassam nos diversos cenários que se produzem saúde, quer seja na gestão ou na atenção.

O primeiro seguimento é destinado a uma análise das estratégias de gestão que são adotadas na Organização dos Serviços e Cuidados em Saúde, destacando-se os desafios e limitações enfrentados pelos atores sociais que estão imersos nos pontos de atenção a saúde. Entendemos, que o cuidado em saúde possui diversos significados e é constituído das ações de profissionais de saúde. No contexto do cenário do Século XXI, com as motivações da Pandemia da Covid-19, se faz imperativo o conhecimento, a habilidade, a resolutividade e a luz ética para gerir saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado, no intuito de garantir a qualidade da atenção.

Na segunda seção a ênfase da discussão é direcionada as estratégias da linha de cuidado na atenção primária, secundária e terciária, atentando-se para as estratégias de cuidado para as minorias, para os pacientes críticos e para a reabilitação. Os resultados e discussões defendidos sinalizam a necessidade do fortalecimento das Políticas Públicas, no sentido do financiamento e suporte da rede, para que o objetivo pleiteado possa ser cumprido, tentando diminuir a grande lacuna das iniquidades ainda presentes em nossa sociedade.

No terceiro volume têm destaque o Programa de Atenção Integral a Saúde do Adulto (PAISA), destaca-se que a população adulta e idosa vem apresentando nas últimas décadas um significativo aumento. Assim, justifica-se o espaço de discussão das interfaces da saúde do adulto, com destaque a temas relacionados a violência no trânsito, saúde do trabalhador, terapia antimicrobiana, reabilitação na Covid-19, dentre outros temas tão necessários para o meio acadêmico e social.

O último seguimento, têm destaque as contribuições da Política Nacional de Saúde Mental, a Integralidade do Cuidado e a Política de Humanização na Atenção Psicossocial, enfatizando as contribuições da efetivação de tal política, além disso, essa política visa à constituição de uma rede de dispositivos diferenciados que permitam a atenção ao portador de sofrimento mental no seu território e ainda, ações que permitam a reabilitação psicossocial por meio da inserção pelo trabalho, cultura e lazer. Reafirmando, assim, a

necessidade da formação profissional permanente, que instigue o trabalhador da saúde a reinventar suas ações e ressignificar seus saberes e práticas, criando outras estratégias de cuidado, provocando reflexões contínuas e instituindo mais saberes e práticas que visam a superar os entraves descritos anteriormente.

Que a luz da ciência te incomode profundamente, para que consiga mergulhar na apreciação dos diversos temas instigantes que seguem e que assim, o aprendizado possa contribuir para o aperfeiçoamento do ser e das práticas a exercerem em cada espaço que estiverem, por mais longínquo que seja. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Francisca de Fátima dos Santos Freire

## SUMÁRIO

### **CAPÍTULO 1..... 1**

#### **A CULTURA DAS ORGANIZAÇÕES: FATOR ESSENCIAL PARA GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE**

Flávia Christiane de Azevedo Machado

Rosangela Diniz Cavalcante

Letícia Abreu de Carvalho

Suelen Ferreira de Oliveira

Janmille Valdivino da Silva

Lorrainy da Cruz Solano

**DOI 10.22533/at.ed.9822118061**

### **CAPÍTULO 2..... 13**

#### **A IMPORTÂNCIA DE TER E CONHECER O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Arthur Carvalho Faria

Damila Barbieri Pezzini

Driely Bagliano Honorato

Edson Júnio Brasil de Oliveira

Emanuel Lucas Joaquina Coelho de Carvalho

Felipe Messias Boaventura Alves

Gabrielle Santiago Silva

Gustavo Moraes

Juan Felipe Teixeira Naue

Larissa Martins Leite

Melissa Mariane dos Reis

Raphael de Sousa Dantas Azarias

**DOI 10.22533/at.ed.9822118062**

### **CAPÍTULO 3..... 16**

#### **A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DO CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO DE AMARTYA SEN**

Camila Trevisan Carvalho Comparini

Ana Lúcia de Castro Rodrigues

Núbia de Souza Cintra

Welton de Araújo Cintra Júnior

Daniela de Figueiredo Ribeiro

Lívia Maria Lopes Gazaffi

**DOI 10.22533/at.ed.9822118063**

### **CAPÍTULO 4..... 30**

#### **AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO OESTE DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN (BOAS PRÁTICAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE)**

Flávia Christiane de Azevedo Machado

Thiago Antônio Raulino do Nascimento

Suelen Ferreira de Oliveira

Pryscylla Fideles de Miranda

Letícia Abreu de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.9822118064**

**CAPÍTULO 5..... 45**

**SATISFAÇÃO E RESPONSABILIDADE RELACIONADAS À TERAPIA ENDODÔNTICA DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

Flávia Christiane de Azevedo Machado

Anna Paula Serêjo da Costa

Anna Lepríncia Bezerra Pontes

Janmille Valdivino da Silva

Maria Ângela Fernandes Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.9822118065**

**CAPÍTULO 6..... 56**

**CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DISCUTINDO FLUXOS ASSISTENCIAIS E RESPONSABILIDADE**

Flávia Christiane de Azevedo Machado

Anna Paula Serêjo da Costa

Anna Lepríncia Bezerra Pontes

Janmille Valdivino da Silva

Maria Ângela Fernandes Ferreira

**DOI 10.22533/at.ed.9822118066**

**CAPÍTULO 7..... 65**

**CONSTRUÇÃO DE UM CHECK LIST DE AVALIAÇÃO DO ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Matheus Rodrigues Rangel

Bárbara de Oliveira Melo

Flávia Christiane de Azevedo Machado

Thiago Antônio Raulino do Nascimento

Suelen Ferreira de Oliveira

Pryscylla Fideles de Miranda

**DOI 10.22533/at.ed.9822118067**

**CAPÍTULO 8..... 78**

**BIOÉTICA E DIREITO MÉDICO: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO**

Caroline Silva de Araujo Lima

Andreza Maria Pereira Alves

Thaieny Emanuelle Oliveira Lemes

Paula Ariane Toneli Reis

Rafaela da Silva Rosa

Aline Costa Palhares

Paulo Guilherme Alves Gonzaga

Victoria Martins Carrijo

Ana Gabrielly Masson Itacarambi

Clara Luísa Nunes Mota

Cecília Soares Tôres

**DOI 10.22533/at.ed.9822118068**

**CAPÍTULO 9..... 84**

**FORMAS E MODELOS DE FINANCIAMENTO DOS GASTOS EM SAÚDE DA ALA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM UM HOSPITAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI, MINAS GERAIS**

Alessandra Jacó Yamamoto  
Arthur Carvalho Faria  
Clara Bensemann Gontijo Pereira  
Giulia Manuella Resende e Almeida  
Jhonatan Pereira Castro  
Káliston de Moura Torres  
Letícia Alves Bueno  
Luiza Bensemann Gontijo Pereira  
Lucas Ferreira  
Maria Laura Diniz Faleiros  
Nathália Borges de Paiva  
Paula Fleury Jubé Leal

**DOI 10.22533/at.ed.9822118069**

**CAPÍTULO 10..... 94**

**IMPACTO NA SAÚDE DAS PESSOAS E A IMPLANTAÇÃO DA SALA SITUACIONAL EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Roberta Coelho de Marco  
Laura Lima Vargas  
Marta Pereira Coelho

**DOI 10.22533/at.ed.98221180610**

**CAPÍTULO 11..... 115**

**THE ROLE OF THE MICROENVIRONMENT IN PROSTATE CANCER: A SHORT REVIEW**

Júlia Ponte  
Fernando Mendes  
Diana Martins  
Paulo Teixeira

**DOI 10.22533/at.ed.98221180611**

**CAPÍTULO 12..... 124**

**SAZONALIDADE DE LEISHMANIOSE VISCERAL: DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA BASEADA EM FATORES PLUVIOMÉTRICOS DO ESTADO DO TOCANTINS**

Gabriela Sá e Silva  
Guilherme Xavier Cunha  
Rodolfo Lima Araújo

**DOI 10.22533/at.ed.98221180612**

**CAPÍTULO 13..... 133**

**RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE**

## SAÚDE

Tiago Pereira de Souza  
Paulo Antônio Barros Oliveira

**DOI 10.22533/at.ed.98221180613**

### **CAPÍTULO 14..... 147**

#### **O CUIDADO DA INTEGRALIDADE DO PACIENTE MASTECTOMIZADO NA PERSPECTIVA ESTÉTICA**

Rozemy Magda Vieira Gonçalves  
Terezinha de Fátima Gorreis

**DOI 10.22533/at.ed.98221180614**

### **CAPÍTULO 15..... 154**

#### **O EXERCÍCIO FÍSICO ASSOCIADO À REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Anna Lídia Masson Roma  
Antônio Ribeiro da Costa Neto  
Eduarda Ferreira Brantis  
Fábio Bueno Neves  
Gabriel Moraes de Carvalho  
Giovanna Masson Roma  
Juliana Hertel Cardoso de Vasconcelos  
Letícia Paula Correia  
Maria Gabriella Cunha Batista  
Rafaela Pereira Nascimento  
Samuel David Oliveira Vieira  
Ana Cecília Johas Marques da Silveira Leão Vaz

**DOI 10.22533/at.ed.98221180615**

### **CAPÍTULO 16..... 159**

#### **PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO RECÔNCAVO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2014 A 2018**

Paula dos Santos Andrade Ferreira  
Leonardo de Jesus dos Santos  
Graziele Santos Santana Bomfim

**DOI 10.22533/at.ed.98221180616**

### **CAPÍTULO 17..... 172**

#### **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA ENTRE 2015 A 2020 NO ESTADO DO TOCANTINS E SUA RELAÇÃO COM A ASSITÊNCIA PRÉ-NATAL**

Guilherme Sousa Martins  
Pedro Henrique Parente  
Alessandra Paz Silvério

**DOI 10.22533/at.ed.98221180617**

### **CAPÍTULO 18..... 181**

#### **PAUSA DA DIETA ENTERAL NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES**



## **EM TERAPIA INTENSIVA**

Sara Moreira Anunciação  
Lucille Andrade Paiva Espinheira  
Márcia Rocha Oliseski  
Mariângela de Souza Ramos

**DOI 10.22533/at.ed.98221180618**

## **CAPÍTULO 19..... 192**

### **O PAPEL DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA EM UM HOSPITAL VETERINÁRIO**

Adriano Joel Destri  
Juliana Roberta Romani  
Fabiana Góes Mario  
Elisangela Bini Dorigon  
Francielle Garghetti Battiston

**DOI 10.22533/at.ed.98221180619**

## **CAPÍTULO 20..... 204**

### **MATERNIDADE E VULNERABILIDADE: DIREITOS DAS GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA**

Caroline Silva de Araujo Lima  
Andreza Maria Pereira Alves  
Caio Souza Lima Mafra  
Anna Laura Savini Bernardes de Almeida Resende  
Diego Cartaxo Jácome  
Lara Borges Bassetti  
Beatriz Figueiredo Silva  
Sérgio de Oliveira Cunha Júnior  
Maria Fernanda de Assis  
Ana Paula Oliveira Silva  
Danielle Lourdes de Araújo Martins  
Leonardo Scandolara Júnior  
Carlos Eduardo Barbosa Roque

**DOI 10.22533/at.ed.98221180620**

## **CAPÍTULO 21..... 212**

### **O ACESSO A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: REFLEXÕES BIOÉTICAS**

Caroline Silva de Araujo Lima  
Andrezza Mendes Franco  
Walter Rodrigues Araújo Filho  
Yasmin Mariah Dottori Vargas  
Jemerson Costa da Silva  
Maria Fernanda Barros Santos Pontelli  
Mariana Dias Raposo  
Cibelle Maria Jacinta da Silva  
Gabriela de Ré Bez  
Tereza Costa Amoroso Lima e Piva  
Pablo de Souza Rocha  
Lidiely Kassburg Mello

Camilla Correa Graciano Cabral

**DOI 10.22533/at.ed.98221180621**

**CAPÍTULO 22.....221**

**O ACESSO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO PRISIONAL BRASILEIRA**

Caroline Silva de Araujo Lima

Esley Ruas Alkimim

Gabriel Fernandes Franco

Laura Pena Carvalho

Bárbara Ribeiro

João Victor Velasco Peixoto

Taline Cristine de Sena Cardoso

Paulo André Dias Barbosa

Ana Paula Dias Barbosa

Sara Araújo de Medeiros Mendes

Rafael Bessa Fleming

Melissa Magalhães Silva Gualberto

Carlos Eduardo Barbosa Roque

**DOI 10.22533/at.ed.98221180622**

**SOBRE A ORGANIZADORA.....228**

**ÍNDICE REMISSIVO.....229**

# CAPÍTULO 1

## A CULTURA DAS ORGANIZAÇÕES: FATOR ESSENCIAL PARA GERENCIAMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 22/02/2021*

### **Flávia Christiane de Azevedo Machado**

Docente do Departamento de Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/0790763211909338>

### **Rosângela Diniz Cavalcante**

Docente do Departamento de Enfermagem  
Universidade Estadual do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/6892623867163111>

### **Letícia Abreu de Carvalho**

Discente do curso de graduação de Saúde  
Coletiva  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/3085455492399507>

### **Suelen Ferreira de Oliveira**

Discente do curso de graduação de  
Enfermagem  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/7065067438025384>

### **Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/9273267371404449>

### **Lorrainy da Cruz Solano**

Enfermeira da Prefeitura Municipal de Mossoró  
Mossoró-RN  
<http://lattes.cnpq.br/3360481126007782>

**RESUMO:** Cultura organizacional é o padrão de premissas básicas que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu no processo de aprender a resolver seus problemas de adaptação externa e de integração interna. Esses padrões funcionam a ponto de serem considerados válidos e, assim são ensinados a novos membros do grupo como a maneira correta de perceber, pensar e sentir em relação a esses problemas. Dessa maneira, o interesse pelo estudo da cultura organizacional e sua influência sobre os serviços de saúde tem relação direta com a tomada de consciência, por parte de teóricos e profissionais da área, sobre a importância dos fatores culturais e do clima organizacional nas práticas de gestão, mediante a confiança de que esses são fatores diferenciais para as organizações bem sucedidas, seja no âmbito privado ou público. Portanto, ressalta-se a importância da cultura das organizações em influenciar os comportamentos das pessoas e que as pessoas são os principais elementos das organizações. Para mudar paradigmas de modelos de atenção à saúde é preciso modificar comportamentos coletivos, para tanto, deve-se intervir na cultura organizacional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cultura Organizacional; Gerência de Serviços de Saúde; Saúde Coletiva.

### THE CULTURE OF ORGANIZATIONS: ESSENTIAL FACTOR FOR HEALTH SERVICES MANAGEMENT

**ABSTRACT:** Organizational culture is the pattern of basic premises that a particular group has invented, researched or developed in the process

of learning how to solve their external adaptation problems and internal integration processes. These patterns work to the point that they are considered valid and are thus taught to new members of the group as a correct way to perceive, think and feel about these problems. Thus, the interest in the study of organizational culture and its influence on health services is directly related to the awareness of theoreticians and professionals in the area about the importance of cultural factors and the organizational climate in management practice, through the confidence that there are differential factors for successful organization, whether in the private or public sphere. Therefore, it is emphasized the impotence of the organizations' culture that tend to people's pattern and that people are the main elements of organization. To change paradigms of health care models, it is necessary to modify collective behavior, to do so, we must intervene in the organizational culture.

**KEYWORDS:** Organizational culture; Health Services Management; Collective Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os sujeitos são influenciados pelas características culturais do meio em que vivem. Por sua vez, a cultura é considerada a totalidade dos padrões de comportamento socialmente transmitidos, artes, crenças e muitos outros processos considerados a expressão de um determinado período, classe, comunidade ou população (SANTOS; GONÇALVES, 2010).

A Cultura organizacional é compreendida como um conjunto de pressupostos básicos que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com seus problemas de adaptação externa e de integração interna, e que funcionam suficientemente bem para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas (ROCHA; PELOGIO, 2014).

Assim, a cultura constitui uma qualidade dos grupos sendo composta por várias camadas de elementos, como *valores, normas, pressupostos básicos, artefatos e padrões de comportamento* (SANTOS; GONÇALVES, 2010).

Schein (1992) com base em sua definição de cultura organizacional considera importante distinguir três níveis essenciais que englobam os vários componentes da cultura: *Artefatos* que incluem desde a disposição física, o modo de vestir, a forma como as pessoas se dirigem umas às outras, a intensidade emocional, etc; *Valores e normas* que situam-se num plano consciente e tem a função normativa do comportamento dos membros em situações decisivas. À medida que os valores vão sendo reforçados, passam para o nível das *crenças*, assumindo-se como pressupostos, filosofias, objetivos e estratégias; e os Pressupostos básicos que constituem soluções encontradas pelos grupos para resolver determinados problemas, tornando-se indiscutíveis e passadas (de forma inconsciente) para os novos membros da organização.

Há uma vasta conceituação sobre cultura organizacional. Todavia, percebe-se pontos em comum em cada uma delas. Neste sentido, para Rocha e Pelógio (2014) discutir cultura organizacional é extremamente subjetivo, o que leva muitos pesquisadores

a desenvolver modelos, tipologias e identificar dimensões que possam contribuir na organização conceitual do tema.

## 2 | ANALISANDO OS TIPOS DE CULTURA DE UMA ORGANIZAÇÃO

Uma forma didática de caracterizar a cultura organizacional seria pela vertente interpretativista, com o uso na perspectiva de Santos e Gonçalves (2010), do modelo de Hofstede (1997). Tal modelo representa através de anéis concêntricos, as manifestações de cultura. Esses anéis ou camadas ilustrariam as manifestações da cultura de nível consciente e fácil acesso (camadas periféricas) até aquelas de nível inconsciente e de difícil acesso (camadas mais profundas) que aparecem de forma contínua e interligada. (Vide figura 4).

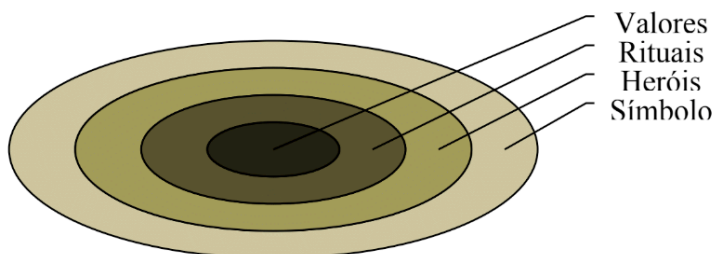


Figura 4. Baseado no Modelo de Hofstede (1997) para ilustrar as manifestações da cultura organizacional.

Legenda: Símbolos: palavras e gestos com significado particular apenas para aqueles que partilham a cultura./ Heróis: pessoas reais ou imaginárias muito valorizadas numa cultura e são paradigmas comportamentais. /Rituais: constituem atividades coletivas para atingir determinados fins, essenciais para a cultura./ Valores: camada mais profunda e invisível.

Fonte: Santos e Gonçalves (2010).

Todavia, esta proposta de Hofstede foi ampliada por Neves (2000), sendo especificadas mais camadas (ver Figura 5), com intuito de detalhar os elementos constitutivos da cultura organizacional. As camadas mais periféricas (A1 e A2) representam a ideia de clima (percepções descritivas), à medida que as camadas vão se aproximando do centro do círculo tornam-se mais profundas e, por conseguinte, mais difíceis de serem transformadas (A5 e A6).

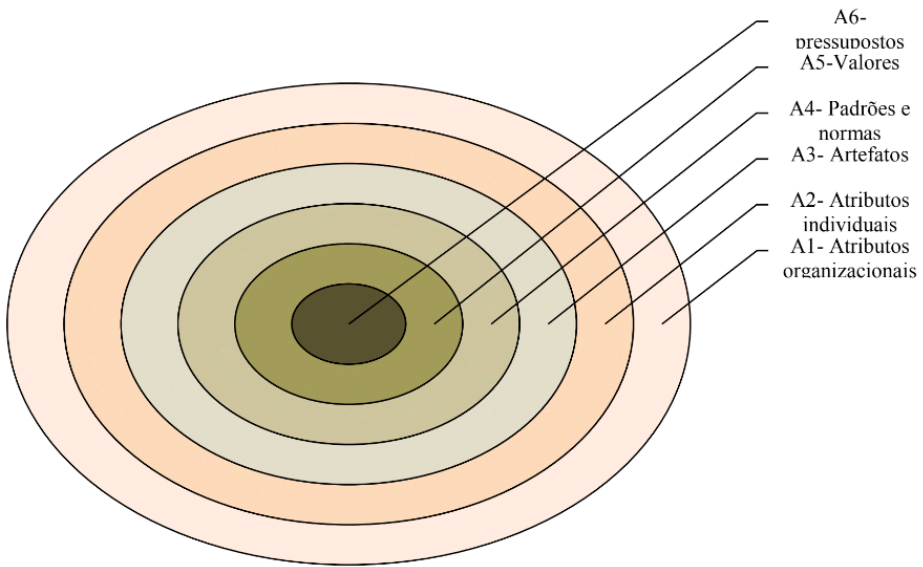


Figura 5- Camadas de Clima e Cultura adaptado de Neves, 2000, p. 10

Legenda: (A1): corresponde aos atributos organizacionais que originam o clima (i.e. variáveis de contexto, de estrutura e de processo) / (A2): representa os atributos individuais, ou seja, o campo psicológico do indivíduo / (A3): equivale à dimensão comportamental da cultura (os artefatos), aquilo que tem uma forma concreta e física e é fruto da intervenção humana, nomeadamente a estrutura física e material (logotipo, espaço físico, padrões de vestuário, etc.) e também a estrutura não tangível (linguagem, mitos, terminologia, etc.) / (A4): correspondem aos padrões e as normas de comportamento. Os ritos e as cerimónias constituem expressões que a estruturação dos padrões de comportamento pode assumir. Estes pretendem socializar as pessoas, em termos do desempenho dos papéis individuais e das relações interpessoais, logo o foco pode estar no indivíduo ou no grupo / (A5): composta pelos valores, pelas crenças e pelas ideologias que constituem o âmago da Cultura Organizacional. Os valores representam convicções relativamente à preferência de uns modos de conduta sobre os outros. As crenças já se relacionam com o que as pessoas pensam ser ou não verdadeiro (i.e., acreditar ser remunerado em função do desempenho) / (A6) (pressupostos básicos): é a mais profunda, logo invisível e inconsciente. Funciona como um código para interpretar o modo como as pessoas pensam, sentem e agem, refletindo a socialização extra-organização.

Fonte: Santos e Gonçalves (2010).

Embora o modelo de Neves (2000) preconize uma ideia conjunta dos conceitos Clima e Cultura Organizacional, não exclui as respectivas diferenças e singularidades de cada conceito. No tocante à relação de cada um com a mudança, há maior vulnerabilidade no clima do que na cultura. E no que se refere à incidência do seu significado; o clima é mais individual e a cultura é mais grupal, e quanto ao sistema avaliativo; este é mais descritivo para o clima e mais avaliativo para a cultura. Ambas as ilustrações tem papel fundamental na literatura para explicar aspectos sociais, individuais e comportamentais da cultura organizacional por intermédio do uso metafórico da imagem de cebola ou de camadas.

A outra vertente epistemológica para análise da cultura organizacional é a

funcionalista. Esta considera que a cultura é definida como um atributo possuído pelas organizações, permitindo aos investigadores a aplicação empírica de métodos quantitativos. Os resultados desse modelo de análise permitem através do uso da eficácia medir a previsibilidade e o controle organizacional (ROCHA; PELOGIO, 2014).

Um modelo característico desta vertente é o Competing Value Model (CVM), o qual assume as organizações como detentoras de traços culturais ou dimensões comuns, sendo a identificação de aspectos que refletem valores e suposições centrais das organizações, a chave para avaliar a cultura organizacional (ROCHA; PELOGIO, 2014).

O CVM relaciona o enfoque organizacional, ao ambiente interno ou externo e a estrutura, viabilizando a identificação de quatro tipos culturais (Cultura Clã, Grupal ou de apoio; Cultura Hierárquica, de regras ou burocrática; Cultura de Adhocracia, Inovativa ou de inovação; e Cultura de Mercado, Racional ou de objetivos) relativos à orientação da organização quanto: controle e estabilidade ou flexibilidade e mudança. Especificamente, realiza-se uma indicação do tipo de cultura organizacional relativo aos fatores de eficácia organizacional identificados por Quinn e Cameron (1983). De acordo com esses autores, esses fatores estão relacionados a três dimensões conforme apresentados no Quadro 2 (SANTOS; GONÇALVES, 2010). Tais dimensões são resultados de uma investigação exploratória que tinha como principal objetivo introduzir elementos teóricos para clarificar o modelo de eficácia organizacional apresentado por Quinn e Cameron nos anos oitenta (SANTOS; GONÇALVES, 2010).

<b>Dimensão contrastante</b>	<b>Caracterização da cultura organizacional</b>
Dimensão contrastante controle/flexibilidade	Relaciona-se com a estrutura organizacional e dá indicações sobre a orientação da organização para a estabilidade, e estrutura burocrática (controle) ou para a inovação e estrutura informal (flexibilidade).
Dimensão contrastante interno/externo	Traduz uma procura de desenvolvimento individual, valorizando a estabilidade na estrutura do trabalho, em oposição ao alcance de objetivos e à competitividade.
Dimensão contrastante meios/fins	Traduz uma dicotomia ao nível dos processos (i.e., produtividade e lucro) ou dos resultados (i.e., planeamento e definição de objetivos)

Quadro 2- Dimensões contrastantes da eficácia organizacional e sua relação com o tipo de cultura organizacional.

Fonte: Santos e Gonçalves (2010).

As dimensões contrastantes representam dilemas com que as organizações se deparam ao longo da existência, competindo ao gestor efetuar a integração das várias tensões. Ao integrar estas dimensões podem-se identificar quatro modelos de eficácia organizacional (quadro 3).

<b>Modelos de eficácia organizacional</b>	<b>Características</b>
Modelo das relações humanas	Enfatiza a flexibilidade e a vertente interna e dará relevância à coesão (meios), bem como ao desenvolvimento dos colaboradores (fins).
Modelo dos sistemas abertos	Salienta a flexibilidade numa vertente externa, logo destaca a rapidez (meios) e o crescimento e apoio externo (fins).
Modelo dos objetivos racionais	Enfatiza o controle e a vertente externa, atribuindo destaque aos critérios de eficácia para alcance de metas (meios) e à produtividade (fins).
Modelo dos processos internos	Denota o controle e a vertente interna, pelo que destaca a informação (meios) e a estabilidade e controle (fins).

Quadro 3- Modelos de eficácia organizacional definidos segundo as dimensões contrastantes de Quinn e Cameron (1983).

Fonte: Santos e Gonçalves (2010).

A cada um destes modelos de eficácia corresponde um tipo de cultura conforme indicado no Quadro 4, caracterizando o modelo CVM (figura 6).

<b>Tipo de Cultura organizacional: Cultura Clã, Grupal ou de apoio</b>	
<b>Modelo de eficácia</b>	<b>Características</b>
Modelo das Relações Humanas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfatiza valores como coesão, moral, participação e abertura. As organizações que possuem este tipo de cultura costumam incentivar o trabalho em grupo, o programa de envolvimento dos colaboradores e o comprometimento corporativo com os empregados. Assim, os indivíduos apresentam-se altamente comprometidos com a organização e o desenvolvimento dos mesmos se traduz em benefícios a longo prazo.</li> <li>Caracterizada pelas dimensões de flexibilidade e interno, prevalecendo valores como a abertura, a confiança e o relacionamento humano, ao nível pessoal e social.</li> </ul>
<b>Tipo de Cultura organizacional: Cultura de regras ou Hierárquica ou burocrática</b>	
Modelo dos Processos internos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possui como principal aspecto um local de trabalho formal e estruturado, com regras e políticas que mantêm a organização integrada e enfatizam a estabilidade, eficiência e previsibilidade. Existem padrões e procedimentos que determinam as atividades das pessoas e mantêm um ritmo estável de atividades. A liderança se dá através da coordenação e organização.</li> <li>Caracterizada pelas dimensões controle e interno, na qual o respeito pelas regras, a ordem ou a hierarquia são valores que a racionalidade dos procedimentos e a formalização procuram servir.</li> </ul>
<b>Tipo de Cultura organizacional: Cultura de Adhocracia ou Inovativa ou de inovação</b>	



<p>Modelo dos Sistemas Abertos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direciona para mudanças e novos desafios, acreditando que o sucesso está na produção de serviços e produtos únicos e originais. O ambiente de trabalho é dinâmico, empreendedor e criativo. A liderança é visionária, inovativa e orientada para riscos. Ocorre a ênfase na atuação na fronteira do conhecimento, em produtos e/ou serviços e no crescimento rápido e aquisição de novos recursos. Ser o líder de um produto ou serviço é muito importante em culturas inovativas. A organização encoraja a liberdade e a iniciativa individual. O comprometimento com a experimentação e com a inovação é o que mantém a organização coesa.</li> <li>• Caracterizada pelas dimensões flexibilidade e externo, na qual são valorizadas a adaptação às mudanças internas e externas, às sugestões inovadoras, à competitividade, etc. A flexibilidade e rapidez de resposta constituem os meios pelos quais se atingem os fins propostos.</li> </ul>
<p><b>Tipo de Cultura organizacional:</b> Cultura de Mercado, Racional ou de objetivos</p>	
<p>Modelo dos Objetivos Racionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A organização é orientada para resultados. Ocorre a crença de que o ambiente externo não é benigno, e sim hostil, e que os consumidores realizam escolhas e estão interessados em valor. A principal tarefa da gerência é guiar a organização em direção à produtividade e ao alcance de metas e rendimentos. O principal negócio da organização é melhorar sua posição competitiva, assumindo que um propósito claro e uma estratégia agressiva levam a organização à produtividade e à rentabilidade.</li> <li>• Caracterizada pelas dimensões de controle e externo, onde o circular de informação, os objetivos, os resultados e o planejamento estratégico são os valores mais expressos. Atribui ênfase à produtividade e ao desempenho.</li> </ul>

Quadro 4- Tipos de Cultura organizacional, modelo de eficácia correspondente e suas características segundo o CVM.

Fonte: Cameron e Quinn (2006) apud Rocha e Pelgio (2014) e Santos e Gonçalves (2010).

Depois de compreender as dimensões contrastantes e as características que compõem o modelo de eficácia organizacional, iremos apresentar graficamente as tipologias da cultura organizacional segundo o modelo CVM (Figura 6).



Figura 6- Principais dimensões do Competing Value Model e os tipos de cultura organizacional (SANTOS, 1998 apud ROCHA; PELGIO, 2014).

O CVM preconiza a coexistência das tipologias culturais nas organizações enfatizando que é de suma importância o equilíbrio entre culturas, pois, a ênfase em determinada cultura pode tornar a organização disfuncional. O modelo também revela a importância da força cultural, que pode ser definida como a extensão em que os valores e crenças que permeiam a organização são ampla e intensamente compartilhados pelos seus membros, e estima que a cultura forte é aquela que mais incorpora as características de todos os quatro tipos culturais, possuindo médias elevadas em todas as tipologias a serem mensuradas (ROCHA; PELOGIO, 2014).

Portanto, a forma como os balanceamentos de pólos das dimensões contrastantes se expressam pode ser entendida como indicador do grau de complexidade da Cultura Organizacional. A eficácia da mudança de Cultura Organizacional depende do empenho e da responsabilização direta dos colaboradores. Para tanto, devemos considerar que a cultura não é um atributo de um indivíduo, mas dos grupos (dimensão coletiva). É um produto social, tem subjacente o simbolismo decorrente da interação estabelecida pelos indivíduos (caráter simbólico). As organizações adaptam-se à evolução das sociedades, as instituições evoluem, o que obriga a uma evolução dos valores culturais (caráter dinâmico) (SANTOS; GONÇALVES, 2010).

### **3 | CULTURA ORGANIZACIONAL: INTERSECÇÕES ENTRE SUJEITOS E ORGANIZAÇÕES**

A importância de definição dos conceitos relativos à cultura organizacional está na relevância que, uma vez compreendidos e apreendidos pelos indivíduos que vivenciam a organização há uma maior probabilidade de que os objetivos organizacionais sejam atingidos. Isto porque as pessoas, principais “recursos” de uma organização, precisam sentir-se incluídas na organização, desenvolvendo um sentimento de pertença.

Sob esta perspectiva, sobre o quão o indivíduo desenvolve a pertença com a organização é possível fazer referência ao estudo de Kelman (2006), citado por Menezes e Bastos (2009). Isto porque o próprio autor ressalta que embora seu pensamento tenha sido desenvolvido sobre a natureza do envolvimento pessoal com a nação e Estado, este poderá ser igualmente aplicável para qualquer outro tipo de unidade social (sociedade, comunidade, organizações, instituições).

Kelman (2006) identificou diferentes modos pelos quais as pessoas podem ser integradas em um sistema social, tal como uma organização. Segundo o autor, o quanto o indivíduo se integra está relacionado à legitimidade que atribui à organização. Desta forma, foram identificados três modos de integração: *aquiescência*, *identificação* e *internalização* (Quadro 5).

Modos de integração	Características do modo de integração
<i>Aquiescência</i> (anuência ou consentimento)	Ocorre quando um indivíduo aceita a influência de outra pessoa ou grupo com o objetivo de alcançar uma resposta favorável, tanto para obter recompensas específicas quanto para evitar punições que sejam controladas pelo outro, ou ainda, para obter aprovação ou evitar reprovação. Assim, a aquiescência se refere ao nível mais baixo da mudança de atitudes e comportamentos, visto que as atitudes do indivíduo são dirigidas somente para a prevenção de conflitos e para a manutenção da imagem de sujeito “politicamente correto”.
<i>Identificação</i>	Caracteriza um nível mais avançado de integração do indivíduo onde este se comporta visando a manter o bom relacionamento com um grupo social pelo desejo de afiliação. Do ponto de vista do interesse de uma organização no controle social, o processo de identificação parece ser a forma mais efetiva de socialização. Isto porque indivíduos que operam ao nível da aquiescência são insuficientemente socializados e sua aderência às normas sociais depende da vigilância, sendo de mais difícil controle.
<i>Internalização</i>	Os indivíduos que operam neste nível são excessivamente socializados e carregados de um forte controle social. Isto porque, uma vez que as normas sociais tenham sido integradas ao seu sistema de valores, este indivíduo tende a fazer seus próprios julgamentos sobre a validade da exigência imperativa. Desta forma, sua conformidade com essas exigências é mais condicional.

Quadro 5- Modos de integração das pessoas às organizações segundo Kelman (2006).

Fonte Menezes e Bastos (2009).

Os indivíduos que funcionam ao nível da identificação são mais susceptíveis a se conformarem com exigências imperativas com menos vigilância em comparação àqueles que funcionam no nível da aquiescência e, por sua vez, com menos questionamento do que aqueles no nível de internalização (MENEZES; BASTOS, 2009).

Com o objetivo de sintetizar o tipo de relacionamento estabelecido entre o agente (sistema social) e o alvo da influência (o indivíduo), em função do tipo de processo de influência social usado, Kelman (2006) avalia que, no processo de aquiescência, o alvo da influência consente às *exigências* do agente; no processo de identificação, o alvo se identifica com as *expectativas* do agente; e no processo de internalização, o alvo internaliza as *ideias* do agente.

Para tanto, os três processos clássicos de influência sugerem diferentes modos pelos quais as pessoas podem ser integradas em um sistema social, quer seja pela aderência a regras, quer pelo envolvimento com seus papéis ou pelo compartilhamento com seus valores. Cada um desses componentes constitui um conjunto de padrões de comportamento dos indivíduos, sendo a aquiescência, a identificação e a internalização definidas, respectivamente, para cada um desses padrões. De um modo geral, tais processos de influência são bastante prováveis de se manifestar em diferentes níveis em todos os indivíduos, dependendo da situação em que se encontram e das circunstâncias do momento (MENEZES; BASTOS, 2009).

Assim, como já afirmamos anteriormente, a depender das formas em que se dão as relações entre indivíduos e a organização, podem-se potencializar as chances de maior

efetividade e eficiência, dentre essas destaca-se o compartilhamento do conhecimento (ANGELONI; GROTTTO, 2009). Neste sentido, os processos de seleção de pessoas, deve considerar o perfil voltado ao compartilhamento do conhecimento.

Por conseguinte, é essencial a identificação de fatores que possam inibir a cultura do compartilhamento de conhecimento na organização. Neste intuito, Angeloni e Grotto (2009) desenvolveram estudo cujos resultados são sumarizados no quadro 6 abaixo.

ATRITO	SOLUÇÕES POSSÍVEIS
Falta de confiança mútua	Edificar relações de confiança mútua entre os sujeitos através de reuniões presenciais
Diferentes culturas, vocabulários e quadros de referência	Constituir um consenso entre educação, discussão, publicações, trabalho em equipe e rodízio de funções
Falta de tempo e locais de encontro; idéia estrita de trabalho produtivo	Instituir tempo e canais para compartilhamento de conhecimento como: feiras, salas de bate-papo, vídeo conferência, entre outros.
Status e recompensas vão para os possuidores de conhecimento	Avaliar o desempenho e oferecer incentivos baseados no compartilhamento de saberes
Crença de que conhecimento é prerrogativa de determinados grupos	Estimular aproximação não hierárquica do conhecimento; a qualidade de ideias é mais importante que o cargo
Intolerância com erros ou necessidade de ajuda	Aceitar e recompensar erros criativos e colaboração; não há perda de status por não se saber tudo.

Quadro 6- Atritos culturais que inibem o compartilhamento do conhecimento e possíveis soluções.

Fonte: Angeloni e Grotto (2009).

Quanto à proatividade, esta tem sido apontada como determinante ao sucesso organizacional social (KAMIA; PORTO, 2011). A proatividade é o protótipo de pessoa que altera o ambiente, não se deixando limitar pelas força situacionais. Pessoas que buscam oportunidades de mudanças visando melhorias, mostrando iniciativa, antecipando e solucionando problemas. Desenvolvem atividades profissionais que ressaltem redes interpessoais de trabalho que potencializam suas carreiras (BATEMAN; CRANT, 1993 APUD KAMIA; PORTO, 2011)

#### 4 | DESAFIO DA CULTURA ORGANIZACIONAL NA ESFERA PÚBLICA

As organizações públicas têm como objetivo prestar serviços para a sociedade (PIRES; MACÊDO, 2006). Todavia, existe uma preconceção acerca da baixa resolutividade dos serviços públicos, gerando uma baixa expectativa do usuário quanto ao serviço oferecido, quanto do servidor público em relação a seu modo de desenvolver seu trabalho.

Isto gera um ciclo vicioso de insatisfação e frustração de gerentes e usuários (PIRES; MACÊDO, 2006).

Segundo Pires e Macêdo (2006), as características da organização pública que dificultam as transformações e melhoria de qualidade dos serviços são classificadas como: burocratismo (controle excessivo de procedimentos, gerando uma administração desfocada das necessidades do bem público); Autoritarismo (centralização do processo decisório; aversão ao comportamento empreendedor); Paternalismo (distribuição de empregos, cargos e comissões de forma incoerente e desvirtuada do bem público); Reformismo (desconsideração dos avanços conquistados e descontinuidade administrativa); Corporativismo; Projetos de curto prazo; e os **Corpos** funcionais conflituosos (trabalhadores de carreira e administradores políticos).

Diante desses pontos abordados, infere-se sobre a complexidade relativa a instituição de uma cultura organizacional promotora a qualificação contínua da gestão de organizações públicas.

Os serviços de saúde do SUS são organizações públicas e, por consequência, sua gestão enfrenta tais desafios. Todavia, há caminhos de melhoria que perpassam a maior participação popular do planejamento e monitoramento das ações em voga nas políticas sociais como um todo, incluindo a de saúde.

Com isto, percebe-se que a sociedade necessita de uma reforma cultural para promoção de sua qualidade de vida e que esta pressupõe a reforma da cultura das organizações públicas cujo objetivo é o bem-estar da coletividade.

## 5 | CONCLUSÃO

A Cultura organizacional é essencial a gestão por permitir compreender as relações de poder, regras não escritas, valores, crenças, mitos, costumes e aquilo tido como verdade aos membros da organização. Neste sentido, um gerente deve buscar desenvolver uma cultura capaz de promover o alcance dos objetivos e metas instituídas, mesmo que para isso, precise transformar culturas estabelecidas que não estejam em sintonia com esses elementos (SCHEIN, 1994 apud ZAVAREZE, 2008). Nesta perspectiva, o gerente além de compreender as questões que envolvem a superestrutura social da contemporaneidade, deve buscar o envolvimento de toda a sua equipe com os objetivos da organização, de modo que a equipe identifique o seu papel para atingir esses objetivos e internalize os valores que devem desenvolver para tal, sendo necessário transcender relações com a organização balizadas pela aquiescência.

Diante do exposto, é preciso fortalecer vínculos, estimular uma participação colegiada dos sujeitos presentes na organização e na comunidade, guiados por um cuidado integral e comprometido com o avanço das organizações de saúde, públicas ou de caráter complementar, mais que possam assegurar uma atenção verdadeiramente de

qualidade e equânime.

## REFERÊNCIAS

ANGELONI, M.T, GROTO, D. **A influência na cultura organizacional no compartilhamento de conhecimento.** FACES R. Adm. Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 76-93 · abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/148/145>> Acesso em: 20 de maio de 2016.

KAMIA, M.; PORTO, J.B. **Comportamento Proativo nas Organizações: O Efeito dos Valores Pessoais.** Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 31, n. 3, p. 456-467, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932011000300003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000300003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 de junho de 2016.

KELMAN, H.C. **Interests, relationships, identities: three central issues for individuals and groups in negotiating their social environment.** Annu Rev Psychol. Palo Alto, CA: Annual Reviews; v.57, n.1, p.1-26, 2006.

MENEZES, I.G; BASTOS, A.V.B. **Bases sociológicas, antropológicas e psicológicas do comprometimento organizacional.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 200-215, ago. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/P.1678-9563.2009v15n3p200/964>> Acesso em 27 de maio de 2016.

PIRES, J. C. S; MACÊDO, K. B. **Cultura Organizacional em Organizações Públicas no Brasil.** RAP, Rio de Janeiro, v.40, n.1, p. 81-105, Jan./Fev.2006. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6805/5387>>. Acesso em: 20 de maio de 2016.

ROCHA, L.C.S; PELOGIO, E.A. **Relação entre cultura e clima organizacionais: um estudo empírico em um campus do Instituto Federal de ensino.** HOLOS, Natal, IFRN, v.5, pp.:292-310, nov. 2014. Disponível em: <<http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/977>>. Acesso em: 04 jun. 2016.

SANTOS, J. V.; GONÇALVES, G. **A cultura organizacional: O impacto visível de uma dimensão invisível.** Revista Psico, Porto Alegre, PUCRS, v.41, n.3, pp.393-398, jun-jul. 2010.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture and Leadership.** San Francisco: Josey-Bass; 1992.

ZAVAREZE, T. E. **Cultura organizacional: Uma revisão de literatura.** Psicologia.com.pt. O Portal dos psicólogos. Documento produzido em 12/08/2008. p.01-07.

# CAPÍTULO 2

## A IMPORTÂNCIA DE TER E CONHEÇER O CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 22/04/2021

### **Arthur Carvalho Faria**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3261916550081799>

### **Damila Barbieri Pezzini**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3527659683747820>

### **Driely Bagliano Honorato**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6004527170142159>

### **Edson Júnio Brasil de Oliveira**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2062287692787035>

### **Emanuel Lucas Joaquina Coelho de Carvalho**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6996401273548556>

### **Felipe Messias Boaventura Alves**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/0707731963501971>

### **Gabrielle Santiago Silva**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/5528951782832517>

### **Gustavo Moraes**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/9367884135911999>

### **Juan Felipe Teixeira Naue**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3100098584196622>

### **Larissa Martins Leite**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/7708297058592333>

### **Melissa Mariane dos Reis**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6055935408838486>

### **Raphael de Sousa Dantas Azarias**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3375898846522587>

**RESUMO:** O Cartão Nacional de Saúde ou cartão SUS foi formalizado e aprovado no ano

de 2001 pelo Ministério da Saúde e é definido como um sistema de informação de base nacional. O objetivo do trabalho é informar, conscientizar e/ou sensibilizar a comunidade sobre a necessidade e importância do Cartão SUS. Trata-se de um estudo transversal descritivo. O sistema Cartão Nacional de Saúde facilita o atendimento ao cidadão e qualifica o trabalho dos gestores e profissionais da área da saúde. Ele identifica o indivíduo para garantir a cidadania, coordena informações para humanizar o atendimento e padroniza os procedimentos para democratizar o uso do recurso.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Sistemas de Informação.

## THE IMPORTANCE OF HAVING AND KNOWING THE NATIONAL HEALTH CARD IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY

**ABSTRACT:** The National Health Card or SUS Card was formalized and approved in 2001 by the Health Ministry and is defined as a nationally based information system. The objective of this work is to inform, raise awareness and / or sensitize the community about the necessity and importance of the SUS Card. This is a cross-sectional descriptive study. The National Health Card system facilitates the service to the citizens and qualifies the work of the health managers and professionals. It identifies the individual to guarantee citizenship, coordinates information to humanize care and standardizes procedures to democratize the use of the resource.

**KEYWORDS:** Primary Health Care; Family Health; Information System.

### 1 | INTRODUÇÃO

O Cartão Nacional de Saúde ou cartão SUS foi formalizado e aprovado no ano de 2001 pelo Ministério da Saúde e é definido como um sistema de informação de base nacional que permite a identificação e cadastramento dos usuários das ações e serviços de saúde por meio de um número, único para cada cidadão, válido em todo o território nacional. (BRASIL, 2012).

### 2 | OBJETIVO

O objetivo principal do trabalho é informar, conscientizar e/ou sensibilizar a comunidade sobre a necessidade e importância do Cartão SUS para o bom funcionamento da rede de atendimento à Saúde.

### 3 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal descritivo. Como ação prática, foi realizada a confecção de um questionário elaborado pelos próprios discentes, com base na ficha do e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Este questionário tinha como objetivo conhecer a comunidade no âmbito social, cultural, econômico e epidemiológico para que a saúde da população fosse promovida e o processo de saúde/doença fosse definido.



## 4 | REVISÃO DE LITERATURA

Com o intuito de efetivar o atendimento, o cartão-SUS segue alguns princípios, como privacidade, garantia de acesso, instrumento de implementação do SUS e validade em todo o país. Além disso, dentre alguns dos benefícios do cartão estão o registro histórico do paciente, a melhoria do acesso e conforto dos usuários na solicitação e realização dos serviços, a vinculação entre estabelecimentos de saúde, o profissional e usuário bem como os procedimentos (BRASIL,2012). Dessa maneira, entende-se como fundamental e necessário conhecer o pensamento e a adesão da comunidade ao cartão, já que a sua importância é inegável.

O questionário foi aplicado à 27 casas em uma microárea de um bairro no município de Araguari, MG. Das 86 casas que foram abordadas, 54 casas não foram atendidas e 5 casas rejeitaram atendimento. Deste questionário, foram retiradas perguntas específicas que serviram como base para este trabalho e contemplaram a questão do cartão-SUS e a sua prevalência nas famílias abordadas.

Com o questionário em mãos, contabilizou-se que 20 das 27 pessoas entrevistadas possuem o cartão-SUS, no entanto 7 pessoas não sabem o local de cadastramento e a sua utilização. Portanto, este trabalho proporcionou um crescimento pessoal no entendimento de que a saúde para ser promovida na sua forma mais eficaz precisa ser levada de forma completa e cada parte é essencial e vital nesse processo.

## 5 | CONCLUSÃO

Apesar de muitos dos entrevistados conhecerem o Cartão Nacional de Saúde, os utentes não sabem o procedimento para adquiri-lo, nem sua importância. Ainda, observa-se a falha na adesão dos escritos na Estratégia Saúde da Família, que deveria ser integral. Por isso, evidencia-se a necessidade da edificação do cartão SUS no ambiente de promoção da saúde.

Ademais, o sistema Cartão Nacional de Saúde facilita o atendimento ao cidadão e qualifica o trabalho dos gestores e profissionais da área da saúde. Ele identifica o indivíduo para garantir a cidadania, coordena informações para humanizar o atendimento e padroniza os procedimentos para democratizar o uso do recurso público.

## REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Informática do SUS. **Cartão Nacional de Saúde: normas e procedimentos de uso / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** Departamento de Informática do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CUNHA, RE da. Cartão Nacional de Saúde: os desafios da concepção e implantação de um sistema nacional de captura de informações de atendimento em saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 7, n. 4, p. 869-878, 2002.

# CAPÍTULO 3

## A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À LUZ DO CONCEITO DE DESENVOLVIMENTO DE AMARTYA SEN

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão 29/04/2021*

### **Camila Trevisan Carvalho Comparini**

Uni-FACEF  
Franca/SP

<http://lattes.cnpq.br/2367367035260943>

### **Ana Lúcia de Castro Rodrigues**

Uni-FACEF  
Franca/SP

<http://lattes.cnpq.br/8747208299664976>

### **Núbia de Souza Cintra**

Uni-FACEF  
Franca/SP

<http://lattes.cnpq.br/8249708738044244>

### **Welton de Araújo Cintra Júnior**

Uni-FACEF  
Franca/SP

<http://lattes.cnpq.br/5872481168506353>

### **Daniela de Figueiredo Ribeiro**

Uni-FACEF  
Franca/SP

<http://lattes.cnpq.br/0852602991814069>

### **Lívia Maria Lopes Gazaffi**

Uni-FACEF  
Franca/SP

<http://lattes.cnpq.br/1602118376624207>

(SUS) proporcionou melhorias na qualidade de vida da população, principalmente a partir da expansão e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS), que tem a Saúde da Família como estratégia prioritária. Este artigo buscou discutir a Estratégia Saúde da Família (ESF), suas responsabilidades, princípios, diretrizes e funcionamento, bem como, sua relação com conceito do economista Amartya Sen de desenvolvimento como liberdade, em que o foco na condição humana é essencial. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa em busca de materiais teóricos que subsidiaram a discussão sobre o conceito ampliado de saúde e a concepção das potencialidades da ESF à luz da ideia de desenvolvimento como liberdade de Sen. Tal estudo foi realizado no segundo semestre de 2020. Foi possível identificar coerência e aproximações entre os ideais e as publicações da política de saúde no Brasil, em especial no que tange a APS e o referencial teórico de Amartya Sen. Diante disso, foram constatados muitos avanços alcançados pelo SUS, com a implantação da ESF: uma vez que a concepção de saúde foi ampliada, o olhar para a pessoa e não para a doença se tornou mais evidente. Ou seja, as políticas públicas de saúde passaram a ter papel fundamental na busca pelo desenvolvimento como liberdade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estratégia Saúde da Família, Desenvolvimento como liberdade, Amartya Sen.

**RESUMO:** O direito à saúde no Brasil está garantido na Constituição Federal de 1988 e a implantação do Sistema Único de Saúde

## THE FAMILY HEALTH STRATEGY IN THE LIGHT OF AMARTYA SEN'S DEVELOPMENT CONCEPT

**ABSTRACT:** The right to health in Brazil is guaranteed by the Federal Constitution of 1988 and the implementation of the Unified Health System (SUS) provided improvements in the quality of life of Brazilian population, mainly from the expansion and consolidation of Primary Health Care (PHC), which establishes Family Health as priority strategy. This article discusses the Family Health Strategy (FHS), its responsibilities, principles, guidelines and functioning, as well as its relation to the economist Amartya Sen's concept of development as freedom, in which the focus on the human condition is essential. In this sense, the article proposes a narrative review that gathers theoretical materials supporting the discussion about the expanded concept of health and the conception of the potentialities of the Family Health Strategy in the light of Sen's development as freedom idea. The above-mentioned study was carried out in the second semester of 2020. It was possible to identify coherence and relations between the ideals and publications of health policy in Brazil, especially with regards to Primary Health Care, and Amartya Sen's theoretical framework. Based on these findings, it was possible to attest advances in SUS by the implementation of the Family Health Strategy: once public health policies became based on an expanded health concept, the patient became the focus of health care, instead of the disease. That is, public health policies gained a fundamental role in the promotion of development as freedom.

**KEYWORDS:** Family Health Strategy, Development as freedom, Amartya Sen.

### 1 | INTRODUÇÃO

A dignidade humana está relacionada ao desenvolvimento e a garantia de direitos sociais, e somente se concretizará com o pleno desenvolvimento das capacidades humanas, sendo então inegável a conexão entre vida digna e acesso a saúde (DAOU; BRITO FILHO, 2020). Como princípio a irradiar todos os demais, o princípio da dignidade humana, fundamentado na República Federativa do Brasil deve ser assegurado pelos Poderes constituídos do Estado.

A saúde é um direito fundamental da dignidade humana, sendo, portanto, direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2000). O texto da Constituição Federal de 1988 manifesta claramente princípios de universalidade e de igualdade no acesso à saúde, tendo como pressuposto, inequívoco, a ideia de justiça social capaz de garantir tal direito consubstancial à sociedade. Estes fios condutores, associados à integralidade da assistência e à descentralização da gestão, representam em última análise, as normas fundamentais que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), um novo modelo, ou paradigma, que tem, como metas, ampliar as ações que visam a equidade, a viabilidade fiscal e financeira, além do aprimoramento da eficiência, da qualidade e da satisfação dos usuários (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

O SUS posicionou a saúde como prática social e não apenas como fenômeno biológico, fazendo desaparecer a figura do indigente sanitário. Proporcionou qualidade de vida à população e melhorias consideráveis nos indicadores de saúde. Tais resultados foram possíveis uma vez que o SUS, por meio de políticas descentralizadoras, buscando reorganizar o sistema de saúde e o modelo de atenção, deu ênfase à Política de Atenção Primária à Saúde, através da Estratégia Saúde da Família (ESF) criada em 1994 como programa, embasada no conceito ampliado de saúde, entendendo a saúde não apenas como ausência de doença, mas perpassando por aspectos sociais, ambientais, econômicos e políticos, desvinculando assim do modelo biomédico centrado e curativo (FISCHBORN, 2015).

Portanto, os caminhos construídos pela ESF se aproximam da ideia defendida por Amartya Sen, que entende o desenvolvimento como liberdade, sendo a Saúde uma liberdade instrumental, sem a qual não é possível o desenvolvimento. Os indivíduos privados de suas capacidades básicas não se tornam agentes ativos nos seus processos de escolhas (FISCHBORN, 2015). Nesta perspectiva, o presente artigo busca discutir a ESF, suas responsabilidades, princípios, diretrizes e funcionamento, bem como a interface com o referencial teórico do economista Amartya Sen, demonstrando que apesar dos imensos desafios ainda enfrentados pelo SUS, esta política pública tem influência na garantia de liberdades dos cidadãos brasileiros e conseqüentemente contribui para o desenvolvimento como liberdade.

## **2 | DIREITO À SAÚDE E DIGNIDADE HUMANA**

É inegável a relação entre vida digna, desenvolvimento, garantia de direitos sociais e acesso a saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade (OMS, 2006). A principal conclusão de Almeida Filho (2011), em seu livro “o que é saúde?”, é que não se pode utilizar da visão singular do conceito saúde, pois é necessário um olhar pluralista ou de várias “saúdes”. Assim, o conceito acima citado da OMS tem se expandido, buscando incorporar outros conceitos e atualmente saúde não é apenas algo isolado, mas o resultado de todas as condições em que vive a população, é portanto necessário observar o ser humano como um todo, para a partir de então pensar em políticas públicas para garantir a saúde do indivíduo e comunidade (DAOU e BRITO FILHO, 2020).

São marcos históricos da concepção política de direitos sociais, a Revolução Industrial, a Revolução Francesa e o Manifesto Comunista de 1869. No campo da saúde pública destacam-se a Lei dos Pobres na Inglaterra, no século XIX e a Medicina de Estado da Alemanha, em 1889. As políticas públicas compensatórias das desigualdades sociais se tornaram realidade na Europa, no século XX, após a segunda guerra mundial e no Brasil

foram criados no Estado Novo, com Getúlio Vargas, a previdência social e leis trabalhistas (LORENZO, 2006).

O governo Vargas, reconhecido pela literatura como um marco na configuração de políticas sociais no Brasil, criou em 1930 o Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) que passou por sucessivas reformulações, sendo responsável pela prestação de serviço para aqueles identificados como pré-cidadãos, ou seja, que não se encontravam habilitados a usufruir os serviços oferecidos pelas caixas e pelos serviços previdenciários. Em 1946, com a promulgação de uma nova Constituição, a saúde pública teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar ações sanitárias, que reforçaram a permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica, foco em ações sobre doenças específicas e deslocamento do processo de discussão e decisão para arenas fora da burocracia pública (BRASIL, 2011)

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS):

[...] desde meados da década de 1950, a dinâmica política da sociedade brasileira começava a permitir a compreensão das proposições de mudanças nas políticas da saúde, promovidas pelos “desenvolvimentistas”, que defendiam a ideia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele (BRASIL, 2011).

O período militar, de 1964 a 1984, caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e a mercantilização crescente da saúde, onde os serviços médicos prestados pelas empresas privadas aos previdenciários e sua forma de pagamento se tornou uma incontrolável fonte de corrupção. Com o tempo, este modelo de saúde começou a mostrar as suas mazelas por ter priorizado a medicina curativa, sendo incapaz de resolver os problemas de saúde coletiva e de atender uma população cada vez mais marginalizada, por não ter carteira assinada. Amplificando assim, as reivindicações de soluções imediatas para estes problemas, começando a se organizar o movimento sanitário, que segundo Escorel (1998), buscava conciliar a produção do conhecimento e a prática política, envolvendo-se com organizações da sociedade civil nas suas demandas pela democracia do país (BRASIL, 2011).

O movimento sanitário apresentava como alternativa para o sistema de saúde, a participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público e a descentralização, e mesmo antes da Nova República, realizou sua estratégia de ocupação de todos os espaços de discussão, articulando com lideranças políticas e neste contexto, com fim do regime militar, foi convocada em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde que consolidou as discussões prévias de sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema até então vigente (BRASIL, 2011).

Em seu relatório final, de acordo com a publicação da revista RET-SUS nº 35, ficou claro que as mudanças necessárias para a melhoria do sistema de saúde brasileiro não

seriam alcançadas apenas com uma reforma administrativa e financeira, era preciso que se ampliasse o conceito de saúde e se fizesse uma revisão da legislação, ou seja, era preciso implantar uma Reforma Sanitária. Esse documento trouxe também um conceito mais abrangente de saúde, como uma resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e a serviços de saúde. E, os delegados da 8ª Conferência atribuíram ao Estado o dever de garantir condições dignas de vida e apontaram a necessidade de integrar a política de saúde às demais políticas econômicas e sociais (FIOCRUZ, 2008).

Assim, o Brasil institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Essa conquista foi resultado de um longo processo de redemocratização, sendo os direitos sociais uma reação da Constituinte e da sociedade ao período de restrição de liberdades anterior a ela. A Constituição legitimou o Estado Social e Democrático de Direito, trazendo um catálogo de direitos sociais, todos inseridos nos direitos fundamentais (DAOU & BRITO FILHO, 2020).

A Constituição Cidadã, assim conhecida, ofereceu ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuidasse da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde. O seu texto demonstrava que a concepção do SUS estava baseado na formulação de um modelo de saúde voltado às necessidades da população, fortalecendo deste modo a cidadania e após várias negociações, em setembro de 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8080 (BRASIL, 2011).

O SUS ainda está em processo de consolidação e apresenta vários avanços, reconhecendo os fatores determinantes e condicionantes da saúde, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso aos bens e serviços essenciais. Esses fatores sofrem influência direta de aspectos históricos e cotidianos momentâneos, como a situação de vulnerabilidade, onde o sujeito fica suscetível à danos por ação de eventos externos, como fenômenos físicos, sociais e biológicos, reconhecendo que a suscetibilidade e o grau de risco não é o mesmo entre todos os membros de uma sociedade. Os grupos com piores condições socioeconômicas são mais acometidos por doenças agudas e crônicas, incapacidades físicas e mentais em idades mais precoces, sofrem maior número de acidentes domiciliares e urbanos, têm menor acesso a cuidados com a saúde e esses são de pior qualidade. Portanto, a redução da vulnerabilidade em saúde pública depende da formação e implementação de políticas públicas, visando a diminuição das desigualdades sociais, assegurando o direito à promoção, proteção e recuperação da saúde (LORENZO,2006).

Lorenzo (2006) afirma que quanto maior a parcela da população vulnerável, mais difíceis serão as possibilidades de atender às suas necessidades, por meio de políticas públicas de saúde. É muito importante considerar características geográficas, vulnerabilidades especiais como gênero feminino, trabalhadores em risco, idades extremas, grupos raciais e étnicos em desvantagem social e outros, cuja visibilidade depende da sua

capacidade de organização civil, diretamente proporcional ao seu capital cultural e social.

A globalização produziu um “ciclo vicioso” composto de desigualdades que levam à pobreza e à exclusão social com impacto negativo sobre as condições de saúde, onde desigualdade, pobreza e enfermidade constituem um típico movimento de retroalimentação, ou seja, é possível afirmar que os grupos sociais mais vulneráveis são, em verdade, reflexos de uma exclusão histórica (COTTA, et al 2007).

Tendo em vista a caracterização constitucional do direito à saúde, fica evidente a forma de atuação estatal, por meio de políticas públicas para garantia de direitos fundamentais sociais, sendo o papel do Estado a promoção da dignidade, assegurando recursos que possibilitem um maior número de liberdades para que os seres humanos desenvolvam seu projeto racional de vida e sua personalidade (DAOU e BRITO FILHO, 2020).

Portanto, é fundamental estimular a ação política de indivíduos e sociedade, pensando a saúde de maneira social, cultural, ética, política e científica, onde a população passa a ser o sujeito do processo de produção de cuidado. Ou seja, não basta garantir o acesso ao serviço de saúde é preciso garantir condições de vida digna, desse modo, o direito à saúde é indissociável do direito social (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, 2008).

Nesse contexto, a adoção de políticas públicas de saúde que visam o conceito ampliado e buscam pela valorização da dignidade humana, se inserem os sistemas de atenção à saúde, que são respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população. No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS), como estratégia de organização do SUS, através das Redes de Atenção à Saúde (RAS) permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. A RAS é coordenada pela APS, prestada em tempo e local oportunos, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2010).

Para fortalecer as ações e serviços de saúde da APS, institui-se a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que é resultado da experiência acumulada por conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS, como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. A PNAB considera os termos Atenção Básica (AB) e APS como equivalentes, de forma a associar a ambas os princípios e as diretrizes definidas nessa política pública, que tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS (BRASIL, 2017).

### **3 | ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada pela OMS em Alma-Ata em setembro de 1978 e sua Declaração foi um momento histórico que trouxe dimensão global à responsabilidade de oferecer atenção à saúde para todas as

pessoas, colocando todos os governos do mundo na posição de protagonista dessa grande missão (BRASIL, 2008).

Naquela ocasião, a meta “*Saúde para todos no ano 2000*” passou a ser o marco do redirecionamento dos sistemas de saúde, ratificando que a promoção e a proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, contribuindo para uma qualidade de vida melhor, bem como para a paz mundial (BRASIL, 2009).

Para a OPAS (2019) a APS é o primeiro ponto de contato, oferecendo atendimento abrangente, acessível e baseado na comunidade, capaz de resolver em torno de 80% das necessidades de saúde de um indivíduo ao longo de sua vida. Na sua essência, a APS cuida das pessoas, não apenas trata doenças ou condições específicas e está enraizada no compromisso com a justiça social e a equidade, bem como no reconhecimento do direito fundamental ao mais alto padrão atingível de saúde, conforme ressaltado no artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos:

“Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis [...]”.

Enfim, o conceito de APS vem sendo redefinido na literatura, mas a OMS desenvolveu uma definição coesa baseada em três componentes:

“Garantir que as pessoas tenham acesso a serviços abrangentes de promoção, proteção, prevenção, cura, reabilitação e cuidados paliativos ao longo da vida, priorizando estrategicamente as principais funções do sistema voltadas para indivíduos, famílias e para a população em geral como elementos centrais da prestação de serviços integrados em todos os níveis de atenção;

Agir de forma sistemática sobre os determinantes mais amplos de saúde (incluindo características e comportamentos sociais, econômicos, ambientais, bem como das pessoas), por meio de políticas públicas e ações baseadas em evidências em todos os setores; e

Empoderar indivíduos, famílias e comunidades para otimizar sua saúde, como defensores de políticas que promovam e protejam a saúde e o bem-estar, como co-desenvolvedores de serviços sociais e de saúde por meio de sua participação e como cuidadores de saúde de si mesmos e de outras pessoas” (OPAS, 2019).

No Brasil, o SUS posicionou a saúde como prática social, não apenas como fenômeno biológico e buscando reorganizar o sistema de saúde, por meio de políticas descentralizadoras deu ênfase na Atenção Primária à Saúde, implantando a ESF, que foi considerada avanço concreto, reconhecendo ainda, críticas ao autoritarismo do modelo médico-científico e heterogeneidades das concepções ideológicas na sua implantação nas diversas regiões do país (FISCHBORN, 2015; LORENZO, 2006).

A Saúde da Família (SF), desde sua implantação em 1994, seguindo os princípios



e diretrizes preconizadas pelo SUS, foi a responsável pela melhoria da qualidade de vida de milhões de brasileiros, contribuindo de forma decisiva para a mudança do modelo de atenção à saúde, tornando-o mais eficiente, equânime e mais próximo à realidade de cada usuário, de cada comunidade, respeitando suas especificidades (BRASIL, 2008).

Segundo Gil (2006) entre 1998 a 2004 houve uma expansão significativa das equipes de SF em todas as regiões do Brasil, embora com maior concentração em municípios de menor porte e com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Mas, em 2006, no contexto do Pacto pela Saúde, a PNAB foi publicada e ampliou o escopo e a concepção da APS ao incorporar os atributos da APS abrangente, reconhecendo a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da APS (MELO et.al, 2018). E desde então, o número de equipes vem aumentando, sendo que em 2007 eram aproximadamente 24.000 equipes de SF e atualmente o Brasil conta com 43.363 equipes, o que representa uma cobertura populacional de 63,7%, conforme relatório disponível na plataforma e-gestor-AB (BRASIL, 2020)

A PNAB, documento que reúne as diretrizes e normas orientadoras das ações dos governos federal, estaduais e municipais, foi publicada em 2006 e passou por duas revisões, em 2011 e 2017, com vistas à regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, no âmbito do SUS, estabelecendo-se as diretrizes para a organização da APS na RAS, sendo conceituada da seguinte forma:

[...] como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017)

A APS é a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, sendo ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde. São princípios e diretrizes do SUS e da RAS a serem operacionalizados na AB, a universalidade, a equidade e a integralidade, a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade (BRASIL, 2017).

Esses princípios e diretrizes se configuram em um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017).

A ESF pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para a integralidade do cuidado à saúde na APS. De acordo com Fischborn (2015) as equipes da ESF são compostas por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo contar ainda com dentistas e auxiliar de consultório dentário ou técnico de higiene bucal, sendo que cada equipe é responsável deve direcionar o atendimento às famílias que residem na área sob sua responsabilidade, respeitando a cultura individual do usuário e estimulando a educação em saúde da população a fim de promover o autocuidado, a autonomia individual e coletiva, buscando sempre o fortalecimento de vínculo com a comunidade.

Portanto, a APS considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, incorporar as ações de vigilância em saúde, visa o planejamento e a implementação de ações públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e o controle de riscos, agravos e doenças, bem como para a promoção da saúde (BRASIL, 2017).

As equipes de SF funcionam em unidades básicas de saúde, com carga horária mínima de 40 horas/semanais, possibilitando acesso facilitado. A população adscrita por equipe é de 2.000 a 3.500 pessoas, podendo existir outros arranjos de adscrição, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária, facultando aos gestores locais, conjuntamente com as equipes e o conselho municipal ou local de saúde esta decisão. Para que estas equipes atinjam seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado, ampliando o acesso, é necessário adotar estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados, de forma que seja compatível com as necessidades e demandas de saúde das pessoas que vivem naquele território, considerando políticas e programas prioritários e em parceria com o controle social (BRASIL, 2017).

Os esforços brasileiros com esta política pública foram reconhecidos e a ESF foi elogiada pela OMS em 2008, por meio do Relatório sobre APS, com reconhecimento honroso e recomendando a sua adoção como ação bem-sucedida na área. Mas, mesmo com este cenário, ainda podem ser destacadas algumas fragilidades, como infraestrutura inadequada, o subfinanciamento, o modelo assistencial, rotatividade de profissionais, dificuldade de atração de profissionais médicos, deficiência na formação de profissionais da área da saúde para trabalhar com a APS (BRASIL, 2009).

Logo, o melhor caminho para a formação de profissionais de saúde capazes de responder às demandas da coletividade, perfaz, além da incorporação dos princípios do SUS, a necessidade de exercitar diariamente a “arte da alteridade” que é deslocar o “eu” em direção ao “outro”. Ter empatia pelo outro e reconhecer que ele possui sonhos, medos, crenças, desejos e frustrações. Enfim, o sujeito inserido dentro de um contexto socioeconômico e cultural, deve ser tratado como um todo, onde a saúde é concebida por um conceito muito mais amplo que apenas ausência de doença (COTTA, 2007).

## 4 | CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO COMO LIBERDADE

Como visto até aqui, o movimento da reforma sanitária, culminou na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi fundamental para a construção do texto da Saúde da Constituição de 1988 e a criação do SUS, organizado em princípios e diretrizes que definiram a APS como diretriz norteadora e articuladora para a transformação do modelo de atenção à saúde vigente (BRASIL, 2009)

Ainda assim, parte da população, por não ter acesso a serviço de saúde, convive com a morbidade desnecessária e até mesmo com a mortalidade prematura. E as equipes da ESF são capazes de implementar ações e medidas, juntamente com usuários e suas famílias, para diminuir os óbitos por causas evitáveis. Porém, a cobertura da população por estas equipes, apesar de estimulada pelo governo federal, ainda não é satisfatória e quando implantadas as equipes opta-se por localizá-las em área de maior vulnerabilidade social, locais esses que desfavorecem a condição humana digna de viver. Mas, que em contrapartida tem na ESF um acolhimento digno por uma equipe de saúde multiprofissional, oferta de medicamentos, participação de grupos operativos e são encaminhados para outros serviços de saúde, quando necessário (FISCHBORN, 2015).

Existe consciência de que as desigualdades entre ricos e pobres, em relação à saúde, são injustas, porque limitam as oportunidades, e se relacionam diretamente com a miséria. A retroalimentação entre moléstia e miséria, mostra total ausência de liberdade, incapacidade para realizar os funcionamentos elementares, impedimento para qualquer possibilidade de escolher e alcançar situações que promovam o bem-estar (SIQUEIRA-BATISTA; SCHRAMM, 2004).

Segundo Amartya Sen (2000), desenvolvimento não pode ser descrito como um aumento da renda agregada de uma nação ou da renda per capita da população, mas sim como a ampliação das liberdades que os indivíduos desfrutam. O aumento da liberdade deve ser o meio e o fim do desenvolvimento, uma vez que a ampliação das liberdades leva ao desenvolvimento da sociedade e esse por sua vez, promove a ampliação das liberdades. A liberdade é a base fundamental de estruturação de uma organização social justa, e constitui valor moral substantivo fundamental do ordenamento da sociedade. Portanto, reconhece que são condições para a justiça social, a garantia, promoção e valorização da liberdade. Como crítico da visão de bem-estar do utilitarismo, Sen desenvolve uma abordagem normativa sobre os pilares dos funcionamentos e das capacitações (CORREA JÚNIOR, 2012).

Sen (2000) conceitua “funcionamentos” como várias coisas que uma pessoa pode considerar valiosas fazer ou ter; representam as metas que pretende realizar em decorrência da liberdade de escolhas; não dependem do poder econômico, mas das necessidades sociais, culturais ou ambientais; e contribuem para o seu bem-estar.

Um funcionamento é uma realização de uma pessoa: o que ele ou ela consegue fazer ou ser. Isso reflete uma parte do 'estado' daquela pessoa. Tem que ser distinguido dos instrumentos que são utilizados para alcançar aquelas realizações. Por exemplo, o ato de andar de bicicleta tem que ser distinguido do fato de se possuir uma bicicleta. Ele também precisa ser distinguido da satisfação gerada por esse funcionamento, na verdade, andar de bicicleta não deve ser identificado com o prazer obtido através desta ação. Um funcionamento é, portanto, diferente de ter bens (e as correspondentes características), que é posterior, e ter utilidade (na forma de resultado satisfatório daquele funcionamento), que é um importante objetivo, prioridade (SEN, 2000, p.93).

A saúde é um dos principais funcionamentos a que o indivíduo deve ter acesso e tudo o que impede que isso se efetive configura-se como privação e limitação de acesso à liberdade. Desse modo, ter uma alimentação adequada, estar livre de doenças evitáveis e esquivar-se de uma morte prematura são funcionamentos essenciais para uma vida digna (FISCHBORN, 2015).

A “capacidade” consiste nas combinações alternativas de funcionamentos cuja realização é possível; representa a liberdade de poder realizar os funcionamentos considerados importantes e capazes de satisfazer as vontades; constituindo um tipo de liberdade, por exemplo para ter estilos de vida diversos; sendo, portanto, base referencial para a avaliação de justiça social.

Por exemplo, uma pessoa abastada que faz jejum pode ter a mesma realização de funcionamentos quanto a comer ou nutrir-se que uma pessoa destituída, forçada a passar fome extrema, mas a primeira pessoa possui um “conjunto capacitário” diferente do da segunda (a primeira *pode* escolher comer bem e ser bem nutrida de um modo impossível para a segunda) (SEN, 2000, p.93).

O “Conjunto capacitário” representa a liberdade para realizar as possíveis combinações alternativas de funcionamento, dentre as quais o indivíduo pode escolher efetivar algum, ou ainda saber que estão a seu dispor para utilização. Sen acredita que desenvolvimento é o processo de expansão das liberdades reais que o homem desfruta. O desenvolvimento consiste na eliminação de privações de liberdade que limitam as escolhas e as oportunidades das pessoas de exercerem ponderadamente sua condição de agente. A eliminação de privações de liberdades substanciais, argumenta-se aqui, é constitutiva do desenvolvimento (SEN, 2000).

Na perspectiva de Sen (2000), as liberdades substantivas representam dimensões fundamentais para o desenvolvimento de uma sociedade, independente do crescimento econômico, mas para o enriquecimento da vida humana, provendo capacidades elementares como erradicação da fome, alfabetização e educação, saúde, segurança, participação política e liberdade de expressão; permitindo satisfação de necessidades básicas de ordem econômica, social e também existencial.

As vezes a ausência de liberdades substantivas relaciona-se diretamente com a pobreza econômica, que rouba das pessoas a liberdade de saciar a fome, de obter uma

nutrição satisfatória ou remédios para doenças tratáveis, a oportunidade de vestir-se ou morar de modo apropriado, de ter acesso a água tratada ou saneamento básico. Em outros casos, a privação da liberdade vincula-se diretamente à carência de serviços públicos e assistência social, como por exemplo a ausência de programas epidemiológicos, de um sistema bem planejado de assistência médica e educação ou de instituições eficazes para a manutenção da paz e da ordem locais. Em outros casos a violação da liberdade resulta diretamente de uma negação de liberdades políticas e civis por regimes autoritários e de restrições impostas à liberdade de participar da vida social, política e econômica da comunidade (SEN, 2000).

Sen (2000) identifica cinco liberdades instrumentais, entendidas como direitos e oportunidades que são fundamentais e reforçam umas às outras, sendo meios para que as pessoas possam ser agentes do desenvolvimento, cujo fim é a liberdade de se ter a vida que racionalmente se escolhe viver. São liberdades instrumentais: as facilidades econômicas, a segurança protetora, as oportunidades sociais, as garantias de transparência e as liberdades políticas. Neste contexto, a liberdade como oportunidade social perpassa pelo acesso ao serviço de saúde. E no âmbito da ESF, o conhecimento da realidade de moradia, trabalho e de vida do usuário, favorece a construção de confiança, estimula a autonomia e a interação do indivíduo com o mundo (FISCHBORN, 2015).

Citando Amartya Sen, Lorenzo (2006) considera que o bem-estar social é um somatório de bem-estar individual, definido pela forma como o sujeito está e se sente no mundo e não como uma massa de sujeitos homogêneos, com necessidades e desejos idênticos. As pessoas se sentem realizadas por meio de um conjunto de funcionamentos interligados e capacidades. Funcionamentos que são elementares, como estar saudável e nutrido, e complexos, como ser feliz, amado e útil para a comunidade.

Portanto as políticas públicas devem gerar acessos a bens e serviços, a oportunidades, a escolhas e capacidades pessoais de realização, levando em consideração a importância da diversidade cultural dos grupos alvo, que devem estar presentes e participantes na formulação e implementação dessas políticas.

Citando Sen (1999), Fischborn (2015) conclui que uma pessoa saudável, no conceito ampliado de saúde é um cidadão livre. Assim, a autora entende que os princípios do SUS, implementados por meio da ESF, que inclusive serve de referência de modelo para o mundo, considera o desenvolvimento pessoal e coletivo do usuário e caminha no sentido de conhecer e de valorizar a condição humana, e por isso, a ESF pode ser considerada também um modelo de desenvolvimento, uma vez que objetiva tornar seus usuários livres e saudáveis.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo identificou coerência e aproximação entre o SUS, a ESF e o

desenvolvimento como liberdade de Amartya Sen, porém reconhece que não foi possível esgotar as discussões acerca dos temas e sim estimular a produção de novos estudos com a mesma intencionalidade.

Refletindo sobre as disposições citadas nesse texto, conclui-se que a saúde é um dos direitos fundamentais de maior destaque, quando se tem como alvo uma vida humana digna. Em outro sentido, é preciso afirmar que a dignidade humana será alcançada quando permitir ao ser humano o pleno desenvolvimento de suas capacidades.

Considerando esse contexto e o pensamento de Amartya Sen sobre o desenvolvimento como liberdade, percebe-se a inegável conexão entre direito de acesso à saúde e desenvolvimento, ou seja, do exercício pleno da cidadania. Assim, é indispensável a valorização do capital humano e social, a capacidade do indivíduo de autodeterminar-se e de moldar seu próprio destino como cidadão agente. Diante disso, no cenário brasileiro foram constatados muitos avanços alcançados pelo SUS, com a implantação da ESF, uma vez que a concepção de saúde foi ampliada, o olhar para a pessoa e não para a doença se tornou mais evidente. Ou seja, as políticas públicas de saúde passaram a ter papel fundamental na busca pelo desenvolvimento como liberdade. Enfim, a APS precisa ser encarada como Direito Humano inalienável, amparada por mecanismos legais e compromissos financeiros que garantam sua manutenção ao longo do tempo.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Ed. Revista dos Tribunais: São Paulo, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção para entender a gestão do SUS, 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Temático Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 56p. (Painel de Indicadores do SUS, 4).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). **Plataforma e-gestor**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCobertura.xhtml>>. Acesso em: 20 dez. 2020

CORREA JÚNIOR, Carlos Barbosa. **As liberdades instrumentais de Amartya Sen e os novos indicadores de desenvolvimento**. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

COTTA, R. M. M. et al. **Pobreza, injustiça e Desigualdade Social: repensando a formação de Profissionais de Saúde**. Revista Brasileira de Educação Médica. V. 31, n.3, 2007.

DAOU, H. S; BRITO FILHO, J. C. M. **Direito à Saúde e Desenvolvimento**. Argumenta Journal Law, Jacarezinho, n. 31, p. 289-314, fev. 2020. Disponível em: <<http://seer.uenp.edu.br/index.php/argumenta/article/view/1668>>. Acesso em: 20 set. 2020.

FIOCRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **8ª Conferência Nacional de Saúde: o SUS ganha forma**. RET-SUS, Rio de Janeiro, n. 35, p. 6-7, mar. 2008. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/retsus\\_revista\\_35.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/retsus_revista_35.pdf)>. Acesso em 14 out. 2020.

FISCHBORN, A. F. **Saúde e Desenvolvimento: uma análise do conceito de desenvolvimento de Amartya Sen**. DRd Desenvolvimento Regional em Debate. v. 5, n. 1, jan/jun 2015.

GIL, C. R. **Atenção primária de saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-81, jun. 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000600006>>. Acesso em 15 out. 2020.

LORENZO, C. **Vulnerabilidade em saúde Pública: implicações para as políticas públicas**. Revista Brasileira de Bioética, v. 2, n. 3, 2006.

MELO, E. A. et al. **Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 38-51, set. 2018. Edição Especial. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s103>>. Acesso em 6 out. 2020.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>>. Acesso em 5 out. 2020.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F.; PEREIRA, I. B. **Educação em saúde**. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.) Dicionário da educação profissional em saúde. Rio Janeiro: EPSJV, 2008. p. 155-162.

OMS. **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006. Disponível em: <[http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)>. Acesso em 18 out. 2020

OPAS. **Folha Informativa: Atenção Primária à Saúde**. Jan. 2019. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>>. Acesso em 07 out. 2020.

SEN, A. **Sobre Ética e Economia**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

\_\_\_\_\_. **Desenvolvimento como liberdade**. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SIQUEIRA-BATISTA, R.; SCHRAMM, F.R. **A saúde entre a iniquidade e a justiça: contribuições da igualdade complexa de Amartya Sen**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 129-142, mar. 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000100020>>. Acesso em 6 out. 2020.

## AVALIAÇÃO DAS BOAS PRÁTICAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO SANITÁRIO OESTE DO MUNICÍPIO DE NATAL/RN (BOAS PRÁTICAS EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE)

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 28/04/2021

### **Flávia Christiane de Azevedo Machado**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal - Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0790763211909338>

### **Thiago Antônio Raulino do Nascimento**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Natal - Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/3699036554086930>

### **Suelen Ferreira de Oliveira**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal - Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/7065067438025384>

### **Pryscylla Fideles de Miranda**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal - Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/0714429204915167>

### **Letícia Abreu de Carvalho**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal - Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/3085455492399507>

**RESUMO:** No intuito de avaliar o nível de adesão às Boas Práticas de Funcionamento (BPF) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Sanitário (DS) Oeste de Natal/RN no ano de 2014, construiu-se um check list com base na Resolução 63/2011 da Diretoria Colegiada da Agência de Vigilância Sanitária. De modo geral,

atribuíam-se 01 ponto para itens relacionados à educação permanente, mecanismos de ouvidoria, infraestrutura, gerenciamento de resíduo, manutenção preventiva de equipamentos, organização dos medicamentos e saúde do trabalhador congruentes às BPF e presente nas UBS. Assim, classificaram-se as 84,61% (n=11) UBS participantes do estudo em: adesão satisfatória (pontuação obtida  $\geq$  70% da pontuação total) e insatisfatória ( $<$  70%). A adesão das UBS variou de 38,24% a 51,47%, evidenciando fragilidades relacionadas, sobretudo, a suficiência dos recursos humanos e uso de prontuário eletrônico. Assim, concluiu-se que as BPF precisam ser melhor trabalhadas nos serviços avaliados para facilitar a melhoria contínua da sua qualidade. O instrumento construído, apesar de aplicado em local específico, pode ser utilizado em qualquer UBS, independente de sua localização, sendo esta a contribuição mais distal deste estudo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Distritos Sanitários (Sistemas Locais de Saúde); Vigilância Sanitária; Avaliação dos Serviços de Saúde; Administração dos serviços de saúde.

### EVALUATION OF GOOD OPERATING PRACTICES IN BASIC HEALTH UNITS IN THE WEST SANITARY DISTRICT OF THE MUNICIPALITY OF NATAL / RN (GOOD PRACTICES IN BASIC HEALTH UNITS)

**ABSTRACT:** In order to assess the level of adherence to the Good Operating Practices (GMP) in the Basic Health Units (BHU) in the West Sanitary District (DS) of the municipality of Natal/ RN in 2014, built up a check list based on



Resolution 63/2011 of the Board of the Health Surveillance Agency. Generally attributed to 01 point to items related to continuing education, ombudsman mechanisms, infrastructure, waste management, preventive maintenance of equipment, organization of medicines and health worker congruent with GMPs and present in UBS. Thus, classified up to 84.61% (n = 11) participants UBS study: satisfactory adherence (score  $\geq$  70% of the total score) and poor (<70%). Membership of UBS ranged from 38.24% to 51.47%, showing related weaknesses, especially the adequacy of human and electronic medical record use resources. Thus, it is concluded that the BPF need to be better worked in services evaluated to facilitate continuous improvement of its quality. The built instrument, although applied in a specific location, can be used in any UBS, regardless of their location, which is the most distal contribution of this study.

**KEYWORDS:** Health Districts (Local Health Systems); Health Surveillance; Health Services Evaluation; Administration of health services.

## 1 | INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde devem prestar assistência à população na prevenção e tratamento de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde. Para tanto, devem desenvolver ações no sentido de estabelecer uma política de qualidade em sua gestão, uma estratégia seria operacionalizar ações de avaliação e monitoramento (ANVISA, 2011; RODRIGUES et al., 2011).

No Brasil, há crescentes iniciativas de instituir uma cultura avaliativa no âmbito dos serviços de saúde. Todavia, a avaliação em saúde até então vigente, não aborda de forma aprofundada aspectos característicos da vigilância sanitária. Neste sentido, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 63/2011 da Agência Nacional da Vigilância Sanitária (ANVISA) que aborda as Boas Práticas de Funcionamento (BPF) para os serviços de saúde, entendidas como componentes da Garantia da Qualidade, asseguram a oferta de serviços com padrões de qualidade adequados (ANVISA, 2011). Por conseguinte, as BPF devem balizar os processos de trabalho dos serviços de saúde em seus níveis de atenção primário, secundário e terciário.

Em 1986, surgem as experiências exitosas de implementação de Distritos Sanitários (DS) no Brasil, tendo como diretriz a definição de território, de áreas de abrangência de unidades de saúde e a adscrição de população aos serviços de saúde (PAIM, 1993, 1994; MENDES, 1994; TEIXEIRA, 1994; SILVA, 1997; VILAS BOAS, 1998).

O Sistema Público de Saúde brasileiro, cada vez mais internaliza o conceito de território, em seus diferentes recortes tendo por base o critério do dimensionamento, como ferramenta fundamental para orientação dos processos de trabalho. Neste sentido, os Distritos Sanitários (Sistemas Locais de saúde), enquanto menor unidade de território ou de população, a ser apropriada para o processo de planejamento e gestão seriam cenários adequados para verificar aspectos relacionados às BPF.

Assim, este estudo busca viabilizar um instrumento de avaliação de boas práticas em Unidades Básicas de Saúde que possa auxiliar o processo gerencial dessas unidades em prol de sua crescente qualificação. Portanto, o conceito de qualidade deste estudo foi o de adesão às Boas Práticas de Funcionamento.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de estudo observacional de caráter descritivo e corte seccional, caracterizado como um estudo de avaliação. O instrumento avaliativo proposto foi um check list construído com base na Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA de número 63 publicada em 2011, para avaliação das Boas Práticas de Funcionamento de Unidades Básicas de Saúde (ANVISA, 2011). Aplicado em UBS do Distrito Sanitário Oeste de Natal/RN como forma de verificação de sua viabilidade

O estudo foi desenvolvido no período de Julho a Dezembro de 2014, envolvendo Gerentes e administradores das treze UBS adstritas ao Distrito Oeste do município de Natal/RN que estivessem em serviço na unidade há no mínimo seis meses e que não estivessem em licença ou em gozo de férias no período da coleta de dados. Assim, os critérios de exclusão estabelecidos foram não satisfazer os critérios de inclusão especificados acima ou a inviabilidade de contato pessoal, via e-mail ou telefone para agendamento da coleta de dados após três tentativas dentro do período delimitado para coleta previsto no cronograma.

Os itens do check list foram verificados mediante observação direta do pesquisador ou mediante respostas obtidas com gerentes e/ou administradoras das UBS avaliadas. De modo geral, havendo presença (Sim) do item avaliado houve equivalência a um (1,0) ponto e havendo ausência (Não), equivalência a zero (0) ponto. Isto a exceção do item 20 (Móveis em depreciação) da dimensão gestão da infraestrutura onde a presença equivaleu a zero e ausência equivaleu a um (1,0) ponto. Portanto, o intuito foi viabilizar uma classificação dos serviços quanto ao nível de adesão às BPF, se satisfatório (pontuação obtida pela UBS  $\geq$  70% da pontuação total possível) ou não (pontuação obtida pela UBS  $<$  70% da pontuação total possível). Esta classificação foi obtida com base na pontuação alcançada pela UBS na avaliação em relação à pontuação máxima possível:  $(\sum \text{pontuação obtida} / \sum \text{pontuação máxima}) \times 100$ .

Frise-se que esta classificação pode ser geral, avaliando a totalidade dos itens do check list, sendo a pontuação máxima possível 65 pontos, como pode ser uma classificação por dimensão (Quadro 1).

Dimensão/ Pontuação máxima por dimensão	Critérios
1- Gerenciamento da qualidade/ 04 pontos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambiência (identificação dos profissionais e ambientes).</li> <li>• ouvidoria (mecanismos de registro de reclamações, elogios e sugestões dos usuários).</li> </ul>
2- Condições da organização/14 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• padronização (uso de protocolos e normas).</li> <li>• manutenção preventiva de equipamentos.</li> <li>• recursos necessários para o funcionamento dos serviços (infra-estrutura, pessoas, equipamentos, insumos).</li> <li>• planejamento, integração entre os serviços da rede de atenção à saúde (encaminhamos).</li> <li>• educação permanente em saúde.</li> </ul>
3- Prontuário do paciente/ 02 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• condições de segurança que devem permear a manipulação deste documento, bem como seu armazenamento</li> </ul>
4- Gestão da infraestrutura/15 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• infraestrutura em que as UBS operam (ambientes são adequados para atendimentos assistenciais, se há instalações sanitárias adaptadas que permitam a higienização correta antes dos procedimentos ou após os mesmos)</li> </ul>
5- Áreas externas e áreas de apoio/ 04 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ambientes externos da unidade (existência de energia elétrica, ambientes confortáveis, climatizados e que possuam uma acústica adequada).</li> </ul>
6- Saúde do trabalhador/ 26 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• registro de casos de acidente de trabalho.</li> <li>• utilização de equipamentos de proteção individual.</li> <li>• ações de avaliação da saúde dos profissionais que atuam nos serviços.</li> </ul>

Quadro 1- Dimensões do check list para avaliação das Boas Práticas de Funcionamento de Unidades Básicas de Saúde e os Critérios presentes em cada dimensão.

Fonte: Miranda, Machado, Nascimento (2014).

Os dados coletados foram analisados estatisticamente com o auxílio do Programa SPSS® com um enfoque essencialmente descritivo. Assim, foram calculadas as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas e numéricas, bem como as medidas de tendência central (mediana e distância interquartilica) das variáveis numéricas coletadas.

O protocolo deste estudo foi submetido e aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) conforme a Resolução 466 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa sob o nº CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) **37049014.0.0000.5292**.

### 3 | RESULTADOS

Neste estudo, das 13 UBS do DS Oeste, 01 foi excluída em vista do gerente

apresentar tempo de serviço na unidade inferior a seis meses e houve 01 perda em virtude de uma unidade estar em reforma no período do estudo. Desta forma, 11 UBS participaram do estudo.

Variável	Categoria	n	%	Média ±d.p	Valor mín.-Valor máx.
Sexo (n=11)	Masculino	5	45,45		
	Feminino	6	54,55		
Idade (n=11)	21-30	0	0	49,45±4,32	43 - 58 anos
	31-40	0	0		
	41-50	7	63,64		
	51-60	4	36,36		
Área formação profissional (n=11)	Tecnológica	0	0		
	Humanística	8	72,73		
	Biomédica	2	18,18		
Escolaridade(n=11)	Ensinomédio	1	9,09		
Tempo de serviço no setor público (n=11)	10 anos	0	0	26,73±6,90	192 - 420 meses
	11-20 anos	3	27,27		
	21-30 anos	3	27,27		
	31-40 anos	5	45,4		
Tempo de serviço em cargo degerência/administração/gestão(n=11)	0-5 anos	4	36,36	7,98±7,36	8 - 336 meses
	6-10 anos	6	54,55		
	11- 15 anos	0	0		
	16-20 anos	0	0		
	21-25 anos	0	0		
	26-30 anos	1	9,09		
Tempo em exercício na gerência da UBS sob estudo(n=11)	0-5 anos	8	72,73	3,19±3,26	8 - 120 meses
	6-10 anos	3	27,27		
	11- 15 anos	0	0		
	16-20 anos	0	0		
	21-25 anos	0	0		
	26-30 anos	0	0		

Tabela 1 - Caracterização do Perfil dos Gerentes das UBS do DS Oeste do Município de Natal/ RN em 2014.

Fonte: Miranda (2014).

### 3.1 BPF das UBS do Distrito Sanitário Oeste do Município de Natal/RN

#### 3.1.1 Dimensões: Gerenciamento da Qualidade, Gestão da Infraestrutura e Áreas Externas e Áreas de Apoio.

Variável	Categoria	n	%
<b>Dimensão: Gerenciamento da qualidade</b>			
Profissionais devidamente identificados (n=11)	Sim	5	45,45
	Não	6	54,55
Ambientes devidamente identificados (n=11)	Sim	9	81,82
	Não	2	18,18
<b>Dimensão: Gestão da infraestrutura</b>			
Controle da qualidade da água consumida no local (n=11)	Sim	4	36
	Não	7	63,64
Possui energia elétrica em todas as salas da UBS (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Rede elétrica sem fios expostos e suficiente para os equipamentos existentes (n=11)	Sim	5	45,45
	Não	6	54,55
Salas climatizadas (n=11)	Sim	3	27,27
	Não	8	72,73
Salas com isolamento acústico* (n=11)	Sim	6	54,55
	Não	5	45,45
Salas com equipamentos para combate a incêndio (n=11)	Sim	10	90,91
	Não	1	9,09
Orientações de como proceder diante de incêndio (n=11)	Sim	0	0
	Não	11	100
Ambientes limpos (livres de resíduos e odores) (n=11)	Sim	10	90,91
	Não	1	9,09
Há um plano para gerenciamento de resíduos (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Orientação para manuseio e transporte de produtos para saúde contaminados (n=11)	Sim	6	54,55
	Não	4	45,45
Realização de controle de pragas urbanas (n=11)	Sim	3	27,27
	Não	8	72,73
Registro de controle de pragas. (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Móveis em depreciação apresentando solução de continuidade com presença de rachaduras.(n=11)	Sim	6	54,55
	Não	5	45,45
Paredes cor claras, material liso, resistente, lavável e em perfeitas condições de limpeza.(n=11)	Sim	10	90,91
	Não	1	9,09

Existência de instalação sanitária como pias e dispositivos para armazenamento de sabão líquido para higienização das mãos nas salas de atendimento.(n=11)	Sim	7	63,64
	Não	4	36,36
Instalação hidráulica sem tubulação aparente e ausência de vazamento.(n=11)	Sim	5	45,45
	Não	6	54,55
<b>Dimensão: áreas externas e áreas de apoio</b>			
Possui jardim (n=11)	Sim	7	63,64
	Não	4	36,36
Possui depósito de material de limpeza.(n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Possui corredores (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0

Tabela 2 - Caracterização das UBS do DS Oeste do município de Natal/RN em 2014 quanto à ambiência.

Fonte: Miranda (2014).

Variável	Categoria	n	%
Existência de mecanismos de ouvidoria ( n=11)	Sim	7	63,64
	Não	4	36,37
Mecanismos de registro de reclamação/elogios/sugestão (n=07)	Caixa desugestão	7	100
	Livro ata	1	14,29
	Livro de ocorrência	1	14,29
Registros analisados para orientação dos processos de trabalho nas UBS (n=07)	Sim	7	100
	Não	0	0
Forma de análise dos registros para orientação dos processos de trabalho nas UBS (n=07)	Reuniões de colegiado gestor	4	57,14
	Reunião geral	1	14,29
	Reunião de equipe	2	28,57

Tabela 3- Caracterização das UBS do DS Oeste do município de Natal/RN em 2014 quanto aos mecanismos de ouvidoria.

Fonte: Miranda (2014).

Com relação aos medicamentos e correlatos, em 100% (n=11) das UBS pesquisadas esses apresentavam registro no Ministério da saúde e estavam dentro do prazo de validade.

### 3.1.2 Dimensões: condições da organização e prontuário do paciente

Variável	Categoria	n	%
<b>Dimensão: Das condições da organização</b>			
Existência de protocolos/normas relativas aos procedimentos desenvolvidos na UBS (n=11)	Sim	8	72,73
	Não	3	27,27
Equipamentos possuem manutenção técnica (n=11)	Sim	8	72,73
	Não	3	27,27
Dados do CNES atualizados (n=11)	Sim	3	27,27
	Não	8	72,73
Infraestrutura suficiente (n=11)	Sim	4	36,36
	Não	7	63,64
Recursos humanos suficientes (n=11)	Sim	0	0
	Não	11	100
Equipamento suficiente (n=11)	Sim	2	18,18
	Não	9	81,82
Insumos/materiais suficientes (n=11)	Sim	1	9,09
	Não	10	90,91
Planejamento das ações (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Registro das atividades (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Forma de planejamento praticada na UBS (n=11)	Reuniões de equipe (n=11)	11	100
	Reuniões da direção (n=11)	2	18,18
	Reuniões de colegiado gestor (n=11)	1	9,09
	Reunião do setor de administração (n=11)	1	9,09
Periodicidade do planejamento (n=11)	Anual	1	9,09
	Mensal	2	18,18
	Quinzenal	2	18,18
	Semanal	6	54,55

Realização de encaminhamentos do usuário para outro serviço no nível da APS ou em outros níveis da atenção à saúde (n=11)	Sim	11	100
	Não	0	0
Atividades de educação permanente (n=11)	Sim	1	9,09
	Não	11	90,91
Registro das capacitações (data, carga horária, conteúdo ministrado) (n=1)	Sim	1	100
	Não	0	0
Especificação do critério para seleção do conteúdo, registro dos nomes dos trabalhadores participantes e da formação profissional do instrutor (n=1)	Sim	1	100
	Não	0	0
Socialização das capacitações realizadas (n=1)	Sim	1	100
	Não	0	0
<b>Dimensão: prontuário do paciente</b>			
Protocolo para retirada/entrada do prontuário	Sim	4	36,36
	Não	7	63,64
Armazenamento do prontuário adequado	Sim	3	27,27
	Não	8	72,73

Tabela 4 - Caracterização das UBS do DS Oeste do município de Natal/RN em 2014 quanto a utilização de protocolos, manutenção de equipamentos, educação permanente, infraestrutura, atividades de planejamento e regulação.

Fonte: Miranda (2014).

### 3.1.3 Dimensão: Saúde do trabalhador

Variável	Categoria	n	%
Profissionais de saúde fazem uso de EPI (luva de procedimento, máscara, gorro, jaleco) (n=11)	Sim	0	0
	Não	11	100
Profissionais responsáveis pela higiene fazem uso de EPI (luvas mucambo, botas, máscara) (n=11)	Sim	3	27,27
	Não	8	72,73
Existência de mecanismos de avaliação periódica da condição de saúde dos profissionais da UBS (n=11)	Sim	0	0
	Não	11	100
Realiza notificação de acidente de trabalho (n=11)	Sim	11	0
	Não	0	0
Existência de casos de acidente de trabalho na unidade (n=11)	Sim	2	18,18
	Não	9	81,82



Realização de treinamento de combate à incêndios na UBS	Sim	0	0
(n=11)	Não	11	100

Tabela 5 - Caracterização das UBS do DS Oeste do município de Natal/RN em 2014 quanto a saúde do trabalhador: biossegurança, prevenção e registro de acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.

Fonte: Miranda (2014).

### 3.2 Resultados do nível de adesão às boas práticas por dimensão

UBS	Dimensão	Pontuação máxima possível	Pontuação atingida	Percentual atingido da pontuação máxima	Classificação do nível de adesão por dimensão
<b>1</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	3,0	75,00%	Satisfatório
	Condições da organização	15,0	6,0	40,00%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	0,0	0,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	4,0	25,00%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	10,0	37,04%	Não Satisfatório
<b>2</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	0,0	0,00%	Não Satisfatório
	Condições da organização	15,00	6,0	40,00%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	0,0	0,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	9,0	56,25%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	12,0	44,44%	Não Satisfatório
<b>3</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	1,0	25,00%	Não Satisfatório
	Condições da organização	15,0	8,0	53,33%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	10,0	62,50%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	3,0	75,00%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	11,0	40,47%	Não Satisfatório

<b>4</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	1,0	25,00%	Não Satisfatório
	Condições da organização	15,0	4,0	26,67%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	0,0	0,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	10,0	62,50%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	3,0	75,00%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	11,0	40,74%	Não Satisfatório
<b>5</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	2,0	50,00%	Não Satisfatório
	Condições da organização	15,0	5,0	33,33%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	6,0	37,50%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	3,0	75,00%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	9,0	33,33%	Não Satisfatório
<b>6</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Condições da organização	15,00	5,0	33,33%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	8,0	50,00%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	5,0	18,52%	Não Satisfatório
<b>7</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Condições da organização	15,0	5,0	33,33%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	0,0	0,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	9,0	56,25%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	3,0	75,00%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	9,0	33,33%	Não Satisfatório
<b>8</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Condições da organização	15,0	5,0	33,33%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	8,0	50,00%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	10,0	37,04%	Não Satisfatório

<b>9</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Condições da organização	15,0	6,0	40,00%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	11,0	68,75%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	9,0	33,33%	Não Satisfatório
<b>10</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	3,0	75,00%	Satisfatório
	Condições da organização	15,0	8,0	53,33%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	8,0	50,00%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	11,0	40,74%	Não Satisfatório
<b>11</b>	Gerenciamento da qualidade	4,0	2,0	50,00%	Não Satisfatório
	Condições da organização	15,0	4,0	26,67%	Não Satisfatório
	Prontuário do paciente	2,0	1,0	50,00%	Não Satisfatório
	Gestão da infraestrutura	16,0	6,0	37,50%	Não Satisfatório
	Áreas externas e área de apoio	4,0	4,0	100%	Satisfatório
	Saúde do trabalhador	27,0	11,0	40,74%	Não Satisfatório

Tabela 6 - Classificação do nível de adesão às BPF das UBS do DS Oeste do município de Natal/RN em 2014 segundo cada dimensão do check list.

Fonte: Miranda (2014).

UBS	Pontuação Obtida	Pontuação Máxima	Percentual atingido da pontuação máxima	Classificação geral do nível de adesão as BPF de cada UBS
<b>1</b>	27,0	68,0	39,71%	Não Satisfatório
<b>2</b>	31,0	68,0	45,59%	Não Satisfatório
<b>3</b>	34,0	68,0	50,00%	Não Satisfatório
<b>4</b>	29,0	68,0	42,65%	Não Satisfatório
<b>5</b>	26,0	68,0	38,24%	Não Satisfatório
<b>6</b>	27,0	68,0	39,71%	Não Satisfatório
<b>7</b>	30,0	68,0	44,12%	Não Satisfatório
<b>8</b>	32,0	68,0	47,06%	Não Satisfatório
<b>9</b>	35,0	68,0	51,47%	Não Satisfatório
<b>10</b>	35,0	68,0	51,47%	Não Satisfatório
<b>11</b>	28,0	68,0	41,18%	Não Satisfatório

Tabela 7 – Classificação geral do nível de adesão às boas práticas de funcionamento das Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário Oeste do município de Natal/RN em 2014.

Fonte: Miranda (2014).

## 4 | DISCUSSÃO

No presente estudo, observou-se o planejamento na aperspectiva da gestão participativa como prática rotineira (BRASIL, 2009) sendo realizado por meio de reuniões semanais, sendo reuniões periódicas indicativos de comprometimento das equipes (ELIAS, 2009). Quanto as ouvidorias, Antunes (2008) identificou que os problemas com o atendimento e denúncias sobre o racionamento do acesso aos serviços de saúde são as causas fundamentais dos usuários procurarem as ouvidorias. Contudo, a participação da população nas ouvidorias ainda é muito pequena. No tocante a ambiência de uma Unidade Básica de Saúde, esta relaciona-se a uma arquitetura das UBS integradas ao entorno, aos valores da comunidade local, com acesso facilitado e identificação clara do serviço (KANTORSKI et al., 2011). Entretanto, o estudo identificou que alguns profissionais não utilizam a devida identificação pressupondo que a comunidade os conheça.

Em relação aos equipamentos de proteção individual (EPI), percebeu-se a pouca adesão dos profissionais atribuída a desconhecimento e desinteresse da equipe (OLIVEIRA, 2010; GUIMARÃES, 2011), sendo a educação permanente em saúde (EPS) uma alternativa (ELIAS, 2009). Porém, a maioria das UBS do DS Oeste não fazem nenhum tipo de atividade de EPS. Outra alternativa é o uso de protocolos e normas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Inclusive, um fator que deve estar presente no protocolo é o que fazer em caso de incêndio na UBS. Entretanto, O estudo observou que a maioria dos trabalhadores pesquisados, nunca havia participado de treinamentos de segurança contra incêndios. A existência de incêndio em duas das UBS do DS Oeste avaliadas foi um fator impactante, evidenciando a necessidade de treinamento .

Em relação ao gerenciamento de resíduos, apesar dos gerentes terem respondido que havia esta atividade nas UBS, foi constatado que o gerenciamento não é realizado na prática. Assim, pode-se inferir que há um desconhecimento acerca do que seria o gerenciamento de resíduos, necessitando de um esclarecimento acerca desta temática para que medidas de adequação possam ser viabilizadas.

Por fim, ressalte-se que o estudo apresenta como limitação o fato de constituir-se, parcialmente, em um inquérito onde perguntas eram feitas ao gerente. Assim, fica sujeito ao viés do respondente.

## 5 | CONCLUSÃO

No geral, o check list evidenciou uma adesão insatisfatória do Distrito Sanitário Oeste com as Boas Práticas de Funcionamentos. Isto porque a totalidade das 11 UBS avaliadas alcançaram 44,45% da pontuação máxima possível (748 pontos). A dimensão onde obteve-se a maior adesão foi “Áreas Externas e de Apoio”. Em contrapartida, a dimensão com menor adesão foi “Prontuário do Paciente”.

O Check list foi aplicado em contexto local específico, mas pode ser utilizado em

outras localidades, uma vez que sua construção foi orientada por uma normativa nacional.

## REFERÊNCIAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 63 de 25 de Novembro de 2011. Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Acesso em: 2014 03 dez. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25\\_11\\_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3fcb208049af5f1e96aeb66dcbd9c63c/RDC+36+de+25_11_2011+Vers%C3%A3o+Publicada.pdf?MOD=AJPERES)

Antunes LR. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. Saúde Coletiva. 2008; 5 (26): 238-24.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Gestão participativa e cogestão Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

Elias CEL. Educação Permanente no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família: Possibilidade de Ensinar e Aprender. Minas Gerais [Monografia]. Araçuaí: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

Guimaraes EAA, Araújo GD, Bezerra R, Silveira RC, Oliveira VC. Percepção de técnicos de enfermagem sobre o uso de equipamentos de proteção individual em um serviço de urgência. Cienc. Enferm. 2011; 17(3): 113-123

Kantorski LP, Coimbra CC, Silva ENF, Guedes AC, Cortes JM, Santos F. Avaliação qualitativa de ambiência num Centro de Atenção Psicossocial. Ciênc. Saúde colet. 2011; 16(4): 2059 – 2066.

Mendes EV. A construção social da Vigilância à Saúde do Distrito Sanitário. Brasília: OPS; 1993.

Mendes EV (org.). Planejamento e Programação Local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPS; 1994.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família Brasília: Ministério da Saúde; 2008. 52 p

Oliveira AC, Gonçalves JA. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. Rev Esc Enferm USP. 2010; 44(2): 482-7

Paim JS. Marco de Referência para um Programa de Educação Continuada em Saúde Coletiva. Rev. Bras. Educ. Méd. 1993; 17(3): 7-13.

Paim JS. Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1994.

Rodrigues MV, Carâp LJ, El-Warrak LO, Rezende TB. Qualidade e acreditação em saúde. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2011.

Teixeira CF. A construção social do planejamento e programação local da vigilância a saúde no Distrito Sanitário. In: Mendes EV (org). Planejamento e programação local da Vigilância da Saúde no Distrito Sanitário. Brasília: OPS; 1994. p. 43-59.

Vilas Boas AL. Vigilância à Saúde e distritalização: a experiência de Pau da Lima. [Dissertação de Mestrado]. Salvador: Instituto Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 1998.

## SATISFAÇÃO E RESPONSABILIDADE RELACIONADAS À TERAPIA ENDODÔNTICA DE CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 28/04/2021

### **Flávia Christiane de Azevedo Machado**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/0790763211909338>

### **Anna Paula Serêjo da Costa**

Secretaria Municipal de Saúde de Natal  
Natal-RN  
<http://lattes.cnpq.br/3012814803669465>

### **Anna Leprência Bezerra Pontes**

Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim  
Parnamirim-RN  
<http://lattes.cnpq.br/9728237957067165>

### **Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/9273267371404449>

### **Maria Ângela Fernandes Ferreira**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/4036539286429296>

**RESUMO:** A criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foi um avanço no direito à saúde ao ampliar o acesso à assistência pública especializada. Tais Centros devem atuar integrados às Equipes de Saúde Bucal (ESB) conforme uma Rede de Atenção à Saúde, sendo a avaliação em saúde

uma estratégia de viabilizar este intuito. Além disso, possibilita o *empowerment* do cidadão, colocando sua satisfação e responsividade como indicadores de qualidade de serviços. Assim, para estimar a qualidade do serviço de endodontia de CEO da região metropolitana de Natal- RN via critérios de satisfação e responsividade, este estudo envolveu 209 indivíduos reabilitados via canal nesses serviços. Esses responderem a um questionário adaptado do OHIP-14 contendo dados sobre a responsividade do serviço e ao grau de satisfação com a reabilitação. Ao todo, 91,5% dos usuários estavam satisfeitos e dentre os insatisfeitos, a principal causa foi a pobre estética dos dentes tratados endodonticamente. Quanto à responsividade, o tempo médio para o 1º atendimento nos CEO foi de 50 dias e 74,1% das reabilitações foram concluídas na ESB por meio de restauração dentária. Os CEO sob estudo disponibilizam serviços de qualidade à população segundo os critérios de satisfação e responsividade. Contudo, houve fragilidades relacionadas à longitudinalidade do cuidado e a agilidade no tratamento.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde bucal, Atenção Secundária à Saúde, Avaliação de Serviços de Saúde, Endodontia, Satisfação do usuário.

### SATISFACTION AND RESPONSIVITY RELATED TO ENDODONTIC THERAPY IN THE SPECIALIZED DENTAL CARE CENTERS

**ABSTRACT:** The creation of Specialized Dental Centers (SDC) was a breakthrough in the right to health by expanding access to specialized public assistance. These centers should act in an

integrated manner with Oral Health Teams (OHT) like a Health Network Care and the health assessment is one viable strategy to facilitate this purpose. It also enables the empowerment of citizens, putting their satisfaction and responsiveness like quality of service indicators. Thus, to estimate the quality of SDC's endodontics services from metropolitan Natal- RN using satisfaction and responsiveness criteria, this study involved 209 individuals rehabilitated in these services. They answered a questionnaire adapted from the OHIP-14 containing data about the responsiveness of the service and the degree of satisfaction with rehabilitation. In all, 91.5% of users were satisfied and among the dissatisfied, the main cause was the poor aesthetics of endodontically treated teeth. Regarding responsiveness, the average time for the 1st care in SDC was 50 days and 74.1% of the rehabilitations were completed in the OHT through dental restoration. The SDC under study offer quality services to the population according to the criteria of satisfaction and responsiveness. However, there were weaknesses related to longitudinality care and agility in treatment.

**KEYWORDS:** Oral Health, Secondary care, Evaluation of Health Services , Endodontics , user satisfaction.

## 1 | INTRODUÇÃO

Na área da saúde bucal, a criação dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) pelo Governo brasileiro simbolizou um avanço no direito à saúde, ampliando o acesso à assistência odontológica de média complexidade tecnológica, outrora restrita à assistência privada. Isto contribuiu para a redução das mutilações dentárias, sobretudo na população adulta e idosa, que era excluída da assistência pública odontológica (COSTA; CHAGAS, 2006).

Como serviços de saúde que representam, estes Centros devem ser avaliados para a melhoria contínua da qualidade dos serviços (LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010). Esta qualidade pode ser aferida sob diversos aspectos da prestação do cuidado, como efetividade, eficiência, equidade, aceitabilidade, acessibilidade e adequabilidade (VUORI, 1991).

Portanto, a avaliação em saúde não deve se limitar a verificação do cumprimento de regras e normas, mas constituir-se numa ferramenta de *empowerment* dos cidadãos na afirmação de seus direitos (PINHEIRO; MARTINS, 2009). No entanto, a avaliação em voga nos CEO, realizada pelo Governo, visa o monitoramento da produção mensal, que deve atingir um patamar mínimo, estipulado em portarias para repasse de incentivo financeiro (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010). Desta forma, é um processo de caráter somativo objetivando a continuidade ou suspensão do repasse e não formativo (SAMICO et al., 2010; LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010; SOLLER; REGIS FILHO, 2011).

A satisfação do usuário é um indicador de resultado (DONABEDIAN, 1990) que potencialmente materializa o exercício da cidadania e controle social do SUS (MALIK, 1996; TRAD; BASTOS, 1998; MOIMAZ et al., 2010). Tal indicador propicia informação acerca do cuidado à saúde, incluindo-se aspectos relacionados à adequação do serviço à demanda,



detectando em que medida o serviço atende às expectativas do paciente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005). Neste sentido, a avaliação de satisfação está sujeita a vieses como o de gratidão, uma vez que uma baixa expectativa pode resultar em um relato de satisfação positiva com o serviço (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010).

No intuito de reduzir vieses advindos da subjetividade envolvida na satisfação, a responsividade vem sendo discutida no campo da avaliação (WHO, 2000; RODRIGUES et al., 2012). Em sua operacionalização, a responsividade busca estimar somente o que o usuário é capaz de avaliar, focando mais em perguntas relacionadas ao atendimento do usuário per si (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010).

Assim, a criação de uma cultura avaliativa é um fator para o desenvolvimento dos serviços de saúde, independente de sua complexidade tecnológica, e auxiliará governos locais e regionais a romper modelos ultrapassados de gestão, respondendo com eficiência, efetividade e equidade às demandas da população (FIOCRUZ, 2006).

Portanto, este estudo utilizou critérios de satisfação e responsividade para estimar a qualidade do serviço de endodontia de CEO da região metropolitana de Natal- RN no período de 2006 a 2008.

## 2 | MÉTODO

Estudo seccional envolvendo indivíduos reabilitados endodonticamente em 05 dos 08 CEO da região metropolitana de Natal (RMN) no Rio Grande do Norte (RN). A RMN é formada por 10 municípios, dos quais 06 apresentam CEO (Natal, Macaíba, Parnamirim, São Gonçalo do Amarante, São José do Mipibu e Ceará-Mirim). Essa região concentra 42% da população do RN e 48% do seu Produto Interno Bruto (PIB) (WIKIPÉDIA, 2012).

Os Centros incluídos neste estudo foram aqueles localizados nos 04 municípios de maior PIB (com intuito de reduzir o *gratitude bias* (BERNHART et al., 1999)), que realizavam canal há ao menos 01 ano e cujos arquivos estavam disponíveis para consulta. Apesar de satisfazer esse critério, 01 dos 03 CEO do município de Natal foi excluído por não dispor dos arquivos.

Desta forma, a população fonte foi composta por indivíduos com registro de reabilitação endodôntica nos Centros da RMN há ao menos um ano e que tinham disponibilidade de radiografia e dados pessoais (nome, endereço ou telefone). Estes indivíduos foram listados e, em seguida, foi feito contato por telefone e carta para convidá-los a participar do estudo.

O intuito era compor uma amostra com no mínimo 188 indivíduos calculada segundo os seguintes parâmetros: prevalência de satisfação de 50%(LIMA; CABRAL; VASCONCELOS, 2010), margem de erro de 15% e taxa de não –resposta de 10%. Da amostra foram excluídos os indivíduos que estavam incapacitados mental ou fisicamente para submeter-se ao protocolo de estudo e as gestantes (impossibilidade de exposição à

radiação ionizante).

O protocolo de estudo preconizava a coleta de dados clínicos no prontuário do indivíduo a respeito do tratamento realizado, submissão a exame clínico e radiográfico para estimar a qualidade técnica dos canais, bem como aplicação de questionário com perguntas a respeito da satisfação do usuário com o tratamento e sobre a responsividade do serviço.

Os dados clínicos e suas respectivas análises foram discutidos em outro estudo por seu caráter mais técnico e específico do campo odontológico (PONTES et al., 2013). Portanto, os dados aqui apresentados relativos à satisfação e responsividade relacionadas à reabilitação endodôntica realizada nos CEO foram coletados mediante a aplicação de questionário adaptado do indicador *Oral Health Impact Profile* (OHIP-14) utilizado por Dugas et al (2002). Tal questionário foi aplicado por um membro da equipe e continha questões relacionado à opinião do entrevistado se o canal foi a melhor solução para seu problema; indagação se teria sido melhor a extração dentária e uma pergunta acerca do seu nível de satisfação com o tratamento (muito satisfeito, satisfeito, insatisfeito, muito insatisfeito).

Ao final dessas questões, diante da insatisfação, o indivíduo indicava o principal motivo de insatisfação com o tratamento (custo com o transporte; tempo despendido para realizar o canal; dor durante o procedimento; dor após o procedimento; capacidade deficiente para mastigar após o tratamento; outro motivo com especificação do mesmo).

Quanto à responsividade, as questões eram relativas à existência dos mecanismos de referência e contrarreferência para propiciar acesso e continuidade do tratamento; tempo decorrido até o primeiro atendimento no CEO; tempo de duração do tratamento e nível de formação do profissional responsável pelo tratamento de canal (informado pelo profissional ou coordenação dos centros). Especificamente, a acessibilidade e continuidade dos cuidados estão relacionadas a uma avaliação de processo, na perspectiva de Donabedian (1988,1990), em sua dimensão organizacional (HARTZ; SILVA, 2005).

As perguntas sobre responsividade diferem das de satisfação quanto ao tipo e modo de formulá-las. Assim, nas pesquisas de responsividade, ao invés de perguntar o quanto a pessoa está satisfeita com o tempo que levou para ser atendida, faz-se perguntas mais objetivas, do tipo “quanto tempo levou para o(a) senhor(a) ser atendido na última vez que veio à unidade de saúde?”(VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos e protocolo da pesquisa, previamente aprovados pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número 0109.0.051.000-09 e parecer de aprovação de número 420/2009).

Quanto à análise dos dados, essas foram realizadas por meio da observação das frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas, bem como das medidas de tendência central das variáveis numéricas.

### 31 RESULTADOS

A amostra foi composta por 209 indivíduos, majoritariamente do sexo feminino, com idade média de 31 anos (mín. 10 anos - máx. 81 anos) e desvio padrão de 13,07. Deste total de pessoas, 282 reabilitações endodônticas foram avaliadas.

Das 282 elementos dentários examinados, 58 (20,6%) foram reabilitados endodonticamente no ano de 2006, 117 (41,5%) em 2007 e 107(37,9%) em 2008. Deste total de dentes examinados, 209 (74,1%) tiveram suas reabilitações concluídas na Unidade Básica de Saúde da Família com a respectiva restauração dentária através do sistema de referenciamento.

O tempo médio para o primeiro atendimento nos CEO foi de 50 (mín.1 dia - máx. 360) dias e o de duração do tratamento endodôntico foi de 30 (mín. 1– máx. 360) dias. A maioria dos canais (98,6%) foi realizada por especialistas em endodontia e concluída em até duas sessões (Tabela 1).

	1 sessão	2 sessões	3 sessões	4 ou + sessões
<b>n</b>	122	92	38	30
<b>%</b>	43,3	32,6	13,5	10,6

Tabela 1: Frequências absoluta e relativa da quantidade de canais realizados em CEO da RMN de Natal entre 2006 e 2008 distribuídas segundo o número de sessões utilizadas para finalizar a reabilitação.

Quanto à satisfação, 158 (91,5%) dos indivíduos se declararam satisfeitos com o tratamento endodôntico realizado e 24 (8,5%) não satisfeitos (Figura 1).

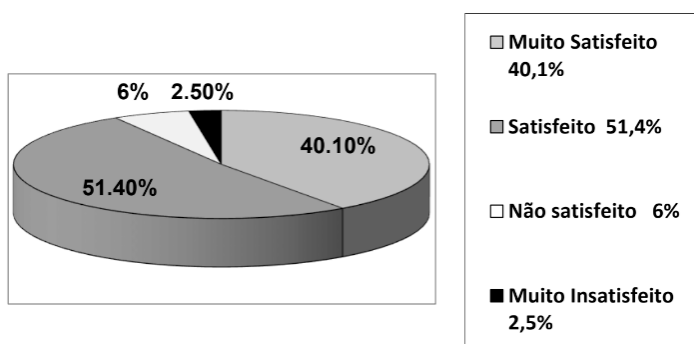


Figura 1: Distribuição do Grau de Satisfação dos usuários da especialidade de endodontia nos CEO da Grande Natal no período de 2006-2008.

Quanto à insatisfação com o tratamento endodôntico, as principais causas estão indicadas na Figura 2 abaixo.

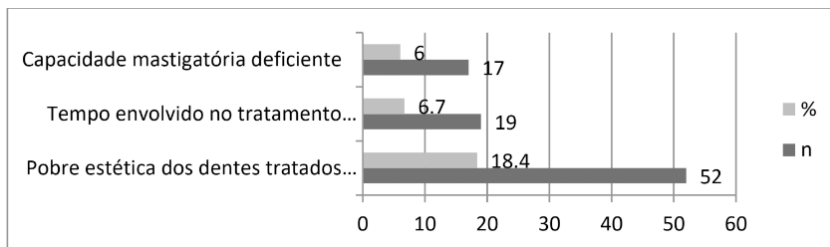


Figura 2: Frequências absolutas e relativas das principais causas de insatisfação apontadas pelos indivíduos que realizaram tratamento endodôntico nos CEO da Grande Natal no período de 2006-2008.

Em relação à escolha pelo tratamento endodôntico, 273 (96,8%) afirmaram que o tratamento de canal foi a opção certa a ser feita, enquanto 9 (3,2%) discordaram. Contudo, em relação a preferência em ter extraído o dente ao invés de realizar tratamento de canal, 22(7,8%) indivíduos afirmaram que prefeririam a extração, enquanto que a grande maioria (260 , 92,2%) afirmaram preferir o tratamento endodôntico.

#### 4 | DISCUSSÃO

Uma das críticas mais frequentes às avaliações da satisfação do usuário diz respeito às consequências práticas deste tipo de pesquisa, ou seja, se efetivamente produzem melhoria na qualidade dos serviços. Isto porque, a satisfação é uma medida que depende das expectativas do indivíduo e assim, está relacionado ao seu universo simbólico e suas condições de vida. Portanto, os instrumentos de avaliação de satisfação deveriam trabalhar essas questões, contemplando diferenças educacionais e culturais em sua análise. Neste sentido, a responsividade pretende minimizar a subjetividade relacionada à satisfação, propondo uma maior objetividade ao processo de avaliação (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010).

Por conseguinte, em contextos em que não é comum uma cultura de avaliação e, sobretudo, entre usuários de menor renda e escolaridade, a aceitação acrítica do atendimento é um aspecto que deve ser levado em conta na interpretação dos resultados dos estudos de satisfação. Isto porque, para a maioria da população carente, o fato de acessar o serviço de saúde em meio a usual dificuldade em fazê-lo, tende a resultar em baixa expectativa e alta satisfação (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010).

No intuito de minimizar um possível viés quanto ao juízo de valor acerca da qualidade dos CEO avaliados neste estudo, buscou-se realizar o mesmo em localidades de maior Produto Interno Bruto da região metropolitana de Natal e utilizar medidas de avaliação pautadas na responsividade.

Vaitsman e Andrade (2005) colocam que em meio à dificuldade de operacionalizar medidas para aferir a participação do usuário na avaliação dos serviços, os indicadores de

satisfação e responsividade se apresentam como alternativas para esta operacionalização. De fato, os argumentos que justificam a utilização desses indicadores estão relacionados ao empoderamento (*empowerment*) do usuário. Assim, esses autores colocam que “se as pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar dos pacientes nos serviços e sistemas de saúde, o conceito de responsividade fortaleceu esta posição, dando-lhe o *status* de um indivíduo/cidadão, ou seja, de um sujeito de direitos válidos universalmente”.

A Responsividade é um indicador que busca mensurar duas dimensões da qualidade: *o respeito pelas pessoas e orientação para o cliente*. O *respeito pela pessoa* relaciona-se à ética envolvida na interação dos usuários, sendo conformada pelas categorias; dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação. Já a *orientação para o cliente*, inclui as categorias que influem na satisfação do usuário e que estão diretamente relacionadas com o cuidado: atendimento rápido, apoio social, instalações e possibilidade de escolha do profissional que dispensará os cuidados ao indivíduo (SILVA, 2000; RODRIGUES et al., 2012). No caso deste estudo, buscou-se aferir a categoria atendimento rápido por meio da análise do tempo decorrido até o primeiro atendimento no CEO e tempo de duração do tratamento.

Segundo esta categoria, podemos inferir que não houve uma assistência satisfatória ao usuário, uma vez que o tempo transcorrido para o acesso e realização do tratamento foram prolongados. É preciso avaliar esta questão de forma mais aprofundada, posto que estudos discutem que o longo espaço de tempo entre a marcação e o início do tratamento em si, está relacionado ao alto índice de faltas dos pacientes às consultas agendadas nos Centros e isto interfere negativamente no desempenho desses serviços. Como alternativa para reduzir o impacto do absenteísmo, abordam entre outras estratégias, o aumento do tempo de consulta clínica de modo a reduzir o nº de consultas necessárias a finalização do tratamento (CHAVES et al., 2011).

Um dado coletado que poderia apontar para a implementação desta estratégia nos CEO estudados é o número máximo de 02 sessões para realização da grande maioria dos canais. Entretanto, esta hipótese não foi avaliada neste estudo.

Por sua vez, a análise de critérios de satisfação aponta para uma assistência, de fato, morosa. Isto porque, apesar do alto índice de satisfação geral com o tratamento endodôntico realizado nos CEO, o segundo fator mais relatado como responsável pela insatisfação foi o período de tempo transcorrido entre o acesso ao CEO e a conclusão do tratamento.

Apesar disto, infere-se uma assistência satisfatória ao usuário, já que a maioria maciça afirmou ser o tratamento endodôntico a opção certa a ser feita. Além disso, o estudo de Pontes et al (2013) que avaliou a qualidade técnica dos canais, identificou que 81,2% estava adequada e foram percebidos como satisfatórios pelos usuários.

Quanto aos critérios de responsividade relacionados à continuidade do cuidado, os indivíduos que acessaram os CEO o fizeram por mecanismos de referência da Unidade

Básica de Saúde (UBS). No entanto, a marcação da consulta no CEO era de responsabilidade do próprio indivíduo não havendo um mecanismo de comunicação direta entre a UBS e o CEO, nem tão pouco um acompanhamento acerca da situação do indivíduo quanto a ter ou não conseguido a marcação da consulta. Isto denota uma fragilidade no processo de trabalho, por contrariar o princípio da longitudinalidade característico do cuidado à saúde.

Entretanto, ao verificarmos a continuidade em si do tratamento (restauração do dente via restauração na Atenção Básica), inferimos que isto, de fato, ocorreu. Isto porque 74,1% das reabilitações foram concluídas na Unidade Básica de Saúde da Família com a respectiva restauração dentária através da contrarreferência.

Ressalte-se, porém, que a continuidade não se limita a reabilitação da estética e função potencialmente mediada pela restauração. Assim, é preciso alcançar a reabilitação biológica, verificando a não persistência de focos infecciosos ou sua recidiva em se tratando de reabilitações endodônticas. De fato, o manual de especialidades em saúde bucal, um protocolo de condutas clínicas e de organização do trabalho nos CEO publicado pelo Ministério, preconiza um período de preservação de 02 anos para os dentes que passaram por terapia endodôntica, com avaliação semestral mediante a realização de exame clínico e radiográfico (BRASIL, 2008).

Ainda em relação à responsividade, o serviço busca a adequação técnica da reabilitação, uma vez que, apesar da legislação vigente nos CEO permitir a contratação de não-especialistas, quase 100% dos canais foram realizados por especialistas em endodontia. Isto vai ao encontro do modelo assistencial pautado no cuidado que visa disponibilizar o que o usuário demanda em tempo hábil para atender sua necessidade, utilizando tecnologia adequada por profissionais capacitados (CECÍLIO, 2011).

Em relação às limitações deste estudo, essas são comuns às pesquisas de satisfação que partem do pressuposto de que todos os usuários estejam desempenhando um papel crítico e acabam por interpretar os dados de acordo com isso. Contudo, como já colocado buscamos minimizar esta limitação utilizando dados relativos à responsividade (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Não obstante, a melhoria dos programas e serviços de saúde pode ser baseada no processo de avaliação apoiado na ótica do usuário (MOIMAZ et al., 2010). A associação de indicadores de satisfação e responsividade é indicada pela constatação do declínio da satisfação do usuário, não relacionados à má qualidade do serviço, mas ao aumento da expectativa do usuário que se torna mais crítico ao prestar mais atenção a diferentes aspectos dos serviços (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010). Esta capacidade analítica e crítica, potencialmente, se elevam à medida que a avaliação torna-se cada vez mais presente no cotidiano da população e dos serviços. Assim, o estabelecimento de uma cultura de avaliação pode fazer com que os usuários fiquem mais atentos à qualidade dos serviços (ANDRADE, VAITSMAN, FARIAS, 2010).

Iniciativas do governo brasileiro como o índice de desenvolvimento do SUS (BRASIL,

2011) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) corroboram a importância da instituição das práticas avaliativas para a gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2011b). Em relação aos CEO, a instituição da cultura de avaliação é algo factível e viável. Neste sentido houve uma expansão do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade para esses serviços, constituindo-se o PMAQ-CEO (BRASIL, 2013).

## 5 | CONCLUSÃO

Os CEO sob estudo disponibilizam serviços de qualidade à população segundo os critérios de satisfação e responsividade. Contudo, foram identificadas fragilidades relacionadas à longitudinalidade do cuidado e a agilidade no tratamento. Especificamente, a morosidade no acesso e na conclusão do tratamento são fortes entraves à qualidade de um serviço, uma vez que inviabilizam fatores essenciais do cuidado à saúde em disponibilizar o que usuário necessita no tempo em que ele necessita. E ainda, tal morosidade contribui, potencialmente, para o agravamento do quadro clínico inicial do indivíduo, aumentando a complexidade, custos e tempo despendidos na terapia.

Portanto, a instituição de uma avaliação periódica nos CEO propiciaria a detecção dessas e outras questões relacionadas a este serviço. Isto potencialmente viabilizaria uma melhora substancial em sua efetividade e eficiência em vista das informações para o planejamento e gestão geradas.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, G. R.B., VAITSMAN, J., FARIAS, L. O. **Metodologia de elaboração do Índice de Responsividade do Serviço (IRS)**. *Cad Saude Publica*, v. 6, n.3, p. 523-534, 2010.

BERNHART, M.H., WIADNYANA, I.G.P., WIHARDJO, H. *et al.* Patient satisfaction in developing countries. *Soc. sci. Med.*, v.48, n.8, p. 989-996, 1999.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF, 2008. 128p.

BRASIL. Portaria 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] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, out. 2011.

BRASIL. Portaria 599, de 23 de Março de 2006. Define a implantação de Especialidades Odontológicas (CEOs) e de Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPDs) e estabelecer critérios, normas e requisitos para seu credenciamento. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, mar. 2006a.

BRASIL. Portaria 600 de 23 de Março 2006. Institui o financiamento dos Centros de Especialidades Odontológicas. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, mar. 2006b.

BRASIL. Portaria 2.898, de 21 de Setembro de 2010. Atualiza o Anexo da Portaria nº600/GM/MS, de 23 de março de 2006. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, set. 2010.

BRASIL. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília, 2011b.

BRASIL. Portaria nº 261, de 21 de Fevereiro de 2013. Institui, no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal, o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas (PMAQ-CEO) e o Incentivo Financeiro (PMAQ-CEO), denominado Componente de Qualidade da Atenção Especializada em Saúde Bucal. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261\\_21\\_02\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0261_21_02_2013.html). Acesso em 05 jun. 2013.

CECÍLIO, L. C. **Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.** *Interface*, v.15, n.37, p. 589-599, 2011.

CHAVES, S.C.L., CRUZ, D.N., BARROS, S.G., FIGUEIREDO, A.L. **Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil.** *Cad Saude Publica*, v. 27, p.143-54, 2011.

COSTA, J.F.R., CHAGAS, L.D. **A política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.

DONABEDIAN, A. **The quality of care. How can it be assessed?** *J. Am. Med. Assoc.*, Chicago, v. 260, n.12, p.1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. **The Seven Pillars of Quality.** *Archives of Pathology and laboratory medicine, Arch. pathol. lab. med.* Chicago, v.114, n.11, p. 1115-1118, 1990.

DUGAS, N.N., LAWRENCE, H.P., TEPLITSKY, P. *et al.* **Quality of life and satisfaction outcomes of endodontic treatment.** *J. endod.*, v.28, n.12, p. 819-827, 2002.

FIOCRUZ. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade.** *Radis*, v.49, p.20-27, 2006.

HARTZ, Z.M.A., SILVA, L.M.V. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Fiocruz,2005.

LIMA, A.C.S., CABRAL, E.D., VASCONCELOS, M.M.V.B. **Satisfação dos usuários assistidos nos Centros de Especialidades Odontológicas do município do Recife, Pernambuco, Brasil.** *Cad Saude Publica*, v.26, n.5, p. 991-1002, 2010.

MALIK, A.M. **Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado.** *Cad. FUNDAP*, v.19, n.1, p.7-23, 1996.

Ministério da Saúde. IDSUS: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS\\_29-09-12.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/IDSUS_29-09-12.pdf) Acesso em 08 nov. 2013.

MOIMAZ, S.A.S., MARQUES, J.A.M., SALIBA, O. *et al.* **Satisfação e percepção do usuário do SUS sobre o serviço público de saúde.** *Physis*, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p.1419-1440, 2010.



PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica.** Rio de Janeiro: CEPESP/IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, p. 376, 2009.

PONTES, A.L.B., MACHADO, F.C.A., COSTA, A.P.S., NORO, L.R.A., ARAÚJO, M.E., FERREIRA, M.A.F. **Avaliação da qualidade dos tratamentos endodônticos em Centros de Especialidades Odontológicas da Grande Natal- RN.** *Pesqui. bras. odontopediatria clín. integr.*, v. 13, n. 2, p.155-160, 2013.

RODRIGUES, A. V. D., VITURI, D. W., HADDAD, M. C. L., VANNUCHI, M. T. O., OLIVEIRA, W. T. **Elaboração de um instrumento para avaliar a responsividade do serviço de enfermagem de um hospital universitário.** *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 46, n. 1, p.167-74, 2012.

SALTMAN, R.B., RICO A., BOERMA W.G.W. **Atenção Primária conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária europeia.** 2010. 344 p. Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas, Brasília, 2010.

SAMICO, I., FELISBERTO, E., FIGUEIRÓ, A.C. et al. **Avaliação em saúde: Bases Conceituais e Operacionais.** Rio de Janeiro: Medbook, 2010.

SCOLLER, S.A.L., REGIS FILHO, G.I. **Uso de indicadores da qualidade para avaliação de prestadores de serviços públicos de odontologia: um estudo de caso.** *Rev. adm. pública*, Rio de Janeiro, v.45, n.3, p. 591-610, 2011.

SILVA, A. **A framework for measuring responsiveness.** Geneva: World Health Organization; 2000. (GPE Discussion Paper Series, 32). Disponível em <http://www.who.int/healthinfo/paper32.pdf>. Acesso em 15 ago. 2010.

TRAD, L.A.B., BASTOS, A.C.S. **O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação.** *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p. 429-35, 1998.

VAITSMAN, J., ANDRADE, G.R.B. **Satisfação e responsividade: formas de medir qualidade e a humanização da assistência à saúde.** *Ciênc. Saúde Colet*, São Paulo, v.10, n.3, p. 599-613, 2005.

VUORI, H. **A qualidade da saúde.** *Saúde para debate*, v.3, p. 17-24, 1991.

World Health Organization (WHO). **The world health report 2000: Health Systems: improving performance** [Internet]. Geneva; 2000. Disponível em <http://www.who.int/whr/2000>. Acesso 15 ago. 2010

Região Metropolitana de Natal. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. [São Francisco, CA: Fundação Wikimedia], 2012. Disponível em: <[http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o\\_Metropolitana\\_de\\_Natal](http://pt.wikipedia.org/wiki/Regi%C3%A3o_Metropolitana_de_Natal)>. Acesso em: 30 Jun. 2012.

## CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: DISCUTINDO FLUXOS ASSISTENCIAIS E RESPONSABILIDADE

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 28/04/2021*

### **Flávia Christiane de Azevedo Machado**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/0790763211909338>

### **Anna Paula Serêjo da Costa**

Secretaria Municipal de Saúde de Natal  
Natal-RN  
<http://lattes.cnpq.br/3012814803669465>

### **Anna Leprência Bezerra Pontes**

Secretaria Municipal de Saúde de Parnamirim  
Parnamirim-RN  
<http://lattes.cnpq.br/9728237957067165>

### **Janmille Valdivino da Silva**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/9273267371404449>

### **Maria Ângela Fernandes Ferreira**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – RN  
<http://lattes.cnpq.br/4036539286429296>

**RESUMO:** A integralidade relaciona-se aos fluxos e contra-fluxos de pessoas, informações e serviços nas redes de atenção à saúde (RAS). Neste sentido, a Política Nacional de Saúde Bucal busca viabilizar o acesso aos serviços especializados mediante a interface Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) / Atenção

Primária à Saúde (APS). Assim, objetivou-se avaliar a integração CEO/APS mediante a obtenção de dados relacionados à regulação do acesso e responsividade dos serviços de reabilitação protética de CEO no RN. Tais dados foram captados por questionário respondido por 149 indivíduos reabilitados nos referidos CEO entre 2007-2009. O intervalo médio de tempo entre a marcação da consulta e o primeiro atendimento no CEO foi de 3 meses e o tempo médio para recebimento das próteses foi de 2 meses. Quanto à forma de acesso ao CEO, 100% ocorreu mediante o encaminhamento da atenção primária. Foram identificadas fragilidades na integração APS/CEO, caracterizando um entrave ao cuidado integral.

**PALAVRAS-CHAVE:** Avaliação em Saúde, Serviços de Saúde Bucal, Atenção secundária à Saúde, Integralidade em Saúde.

### SPECIALIZED DENTAL CARE CENTERS AND PRIMARY HEALTH CARE: TALKING ABOUT ASSISTANCE FLOWS AND RESPONSIVENESS

**ABSTRACT:** Comprehensiveness is related to the flows and counter-flows of people, information and services in health care networks (RAS). In this sense, the National Oral Health Policy seeks to enable access to specialized services through the interface of Specialized Dental Centers (CEO) /Primary Health Care (APS). Thus, the objective was to evaluate the CEO / APS integration by obtaining data related to the regulation of access and responsiveness of CEO prosthetic rehabilitation services in RN. Such data were captured by a questionnaire answered

by 149 individuals rehabilitated in the referred CEOs between 2007-2009. The average time interval between the appointment and the first appointment with the CEO was 3 months and the average time for receiving the prostheses was 2 months. Regarding the form of access to the CEO, 100% occurred through referral of primary care. Weaknesses were identified in the APS / CEO integration, characterizing an obstacle to comprehensive care.

**KEYWORDS:** Health Evaluation, Dental Health Services, Secondary Care, Integrality in Health.

## 1 | INTRODUÇÃO

A integralidade abrange adequação das respostas governamentais às questões de saúde, articulando ações preventivas e assistenciais, aos atributos das práticas e à organização dos serviços de saúde. No tocante à organização dos serviços, relaciona-se a coordenação dos fluxos e contra-fluxos de pessoas, informações e serviços através dos pontos e sistemas de apoio das redes de atenção à saúde (RAS) (MENDES, 2010; SILVA, 2011).

Embora, a conformação das RAS seja consenso quanto a necessidade, há entraves para sua consolidação como o descompartilhamento de metas operacionais, deficiências de trabalho de equipe e na formação profissional e, sobretudo, a falta de coordenação dos pontos de atenção (SALTMAN; RICO; BOERMA, 2010). Portanto, é mister discutir os nós críticos para apreendê-los e viabilizar a construção de caminhos para desatá-los.

No tocante à assistência pública odontológica, a discussão do acesso à atenção especializada visa, entre outros objetivos, propiciar a oferta da atenção secundária através, principalmente, dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) (SOUZA et al., 2015). Os CEO disponibilizam serviços de média complexidade tecnológica (minimamente, diagnóstico oral, cirurgia oral menor, terapia periodontal, endodôntica e reabilitadora para pacientes com necessidades especiais) a indivíduos referenciados pelas Equipes de Saúde Bucal (ESB) da Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2011).

Esta integração CEO-APS é conhecida como interface e tem por características de excelência: acesso indiscriminado e sem barreiras à atenção especializada após encaminhamento; oferta na atenção secundária via sistema de referência de serviços não disponíveis na atenção primária; encaminhamento ágil e adequado com contra-referência para a atenção primária ao final do tratamento especializado e retorno facilitado ao nível secundário sempre que necessário (MORRIS; BURKE, 2001). Portanto, esta interface engloba fatores relacionados à regulação do acesso (fluxos assistenciais entre APS/CEO) e responsividade (tempo oportuno de acesso).

Nesta perspectiva, este estudo buscou avaliar a integração CEO/APS mediante a obtenção de dados relacionados à regulação do acesso e responsividade dos serviços de reabilitação protética de CEO no RN.

## 2 | MÉTODO

Estudo transversal realizado em todos os CEO localizados na mesorregião Leste Potiguar do RN que disponibilizam reabilitações com Prótese Total Convencional (PTC) mono ou bimaxilar há no mínimo 01 ano. Essa mesorregião concentra tanto o maior número de CEO do estado do RN como aqueles com destaque nacional segundo o Conselho Federal de Odontologia (CRO, 2011). No entanto, só 04 dos 08 Centros desta região produziam PTC entre 2007 e 2009, período considerado para a coleta de dados. Isto porque era necessário um intervalo mínimo de 01 ano transcorrido entre a reabilitação protética e o período da coleta de dados (Julho a Setembro de 2010).

Assim, a população do estudo foi composta por indivíduos reabilitados há pelo menos 01 ano nos referidos CEO. Desta população fonte, foram selecionados intencionalmente 149 indivíduos que dispunham de informações relativas a nome, endereço e/ou telefone nos arquivos dos CEO. Quanto ao tamanho amostral, este foi superior ao valor obtido com os dados de estudo piloto realizado ( $n = 129$ ), a partir de prevalência de dificuldades relacionadas às PTC de 45%, margem de erro de 20% e taxa de não-resposta de 10% (COSTA et al., 2013; MACHADO et al., 2013).

Quanto aos princípios éticos, o protocolo do estudo foi submetido e aprovado por comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte conforme Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

O instrumento de coleta de dados foi um questionário semi-estruturado preenchido pelo pesquisador mediante as respostas dos participantes. Além de questões relacionadas à regulação do acesso (realização de encaminhamento da Unidade Básica de Saúde para o CEO; realização de encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde após conclusão de tratamento no CEO; continuidade do tratamento odontológico na Unidade Básica de Saúde após conclusão de tratamento no CEO) e responsividade (tempo transcorrido entre o dia da marcação da consulta e o dia da primeira consulta/procedimento no CEO; tempo de duração do tratamento recebido no CEO), havia questões para caracterizar a condição de saúde bucal dos indivíduos reabilitados nos CEO e o perfil desses indivíduos (idade, renda familiar, escolaridade e sexo).

A condição de saúde bucal foi verificada nos indivíduos reabilitados com PTC monomaxilar que ainda faziam uso das próteses confeccionadas nos CEO e que tinham a presença de dentes funcionais (Dentes sem indicação para exodontia). Para tanto, foi realizado exame clínico com espelho, pinça de algodão e sonda OMS para coletar dados quanto: presença / ausência de cárie dentária; presença/ausência de lesão bucal devido à PTC; presença/ausência de sangramento gengival à sondagem nas regiões vestibular e lingual / palatina nos pontos distal, médio e mesial segundo os critérios diagnósticos do levantamento epidemiológico brasileiro SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009).

Quanto à análise dos dados, essas foram realizadas por meio da observação das

frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas, bem como das medidas de tendência central das variáveis numéricas.

### 3 | RESULTADOS

Participaram desta pesquisa 149 indivíduos de um universo de 1882 pessoas que possuíam dados de identificação disponíveis. Nos quatro Centros estudados predominaram usuários do sexo feminino (n=111; 74,5%), com idade média de 59,48 anos (36-89) e renda familiar média de 540 reais (0-3000).

Os dados relativos à presença de cárie dentária, cálculo dentário e sangramento gengival foram pesquisados em 57 (41,3%) dos 138 indivíduos que ainda faziam uso das próteses confeccionadas nos CEO e possuíam dentes funcionais (Figura 1).

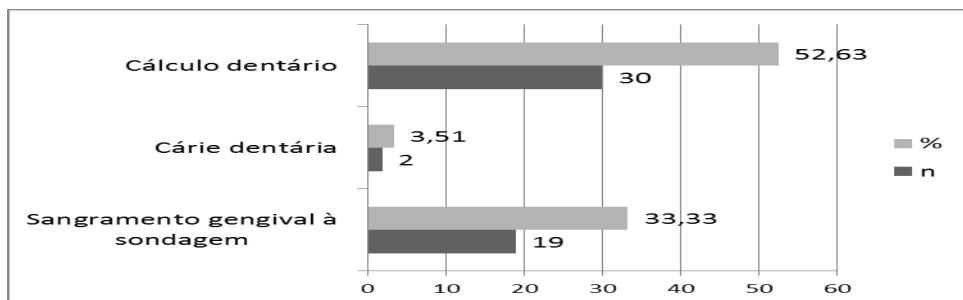


Figura 1: Condição de saúde bucal dos indivíduos reabilitados com próteses confeccionadas no CEO e que possuíam dentes funcionais.

A inspeção visual conduzida nos 138 indivíduos demonstrou que 25,3% apresentavam lesão, cuja causa poderia estar associada à PTC (Figura 02).

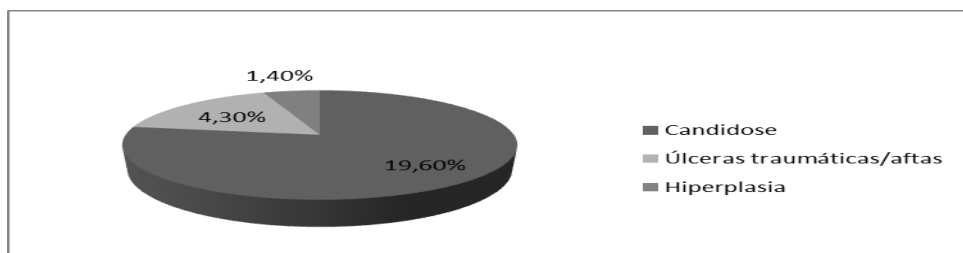


Figura 02: Caracterização e quantificação do tipo de lesões potencialmente ocasionadas pelas PTC confeccionadas nos CEO sob estudo.

O intervalo médio de tempo entre a marcação da consulta e o primeiro atendimento no CEO foi de 3 meses (0-28 meses; desvio-padrão:4,80). Já o tempo médio para recebimento das próteses foi de 2 meses (1-3 meses; desvio-padrão: 0,76). Quanto à forma

de acesso ao CEO, 100% dos participantes relataram ter realizado consulta odontológica na USF anterior a realização das próteses dentárias e que o acesso à assistência no CEO ocorreu mediante o encaminhamento da atenção primária. Não obstante, 85% (N=126) dos usuários não foram contra-referenciados para as USF de origem e dos 23 pacientes que foram contra-referenciados, 5 não conseguiram continuidade no tratamento.

## 4 | DISCUSSÃO

Estudos realizados no âmbito dos Centros de Especialidades Odontológicas têm discutido a importância de Centrais de Regulação de Acesso para melhoria dos processos de trabalho nesses serviços (PEREIRA et al., 2014). De fato, uma breve análise nos faz concluir que haveria condições para isto, posto que os CEO são cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), há protocolos publicados pelo Ministério da saúde para orientar os processos de encaminhamento, bem como sobre a forma de conduzir a assistência.

Segundo o manual de regulação, os motivos mais frequentes de encaminhamento da APS para os CEO no tocante aos serviços de reabilitação protética são: reabilitação de desdentados totais; desdentados parciais; perda unitária de elemento dental e perda de estrutura dentária em mais de três faces (BRASIL, 2008b). Assim, o CEO é responsável pela reabilitação por próteses parciais fixas e fixas unitárias; instalação de retentores intraradiculares indiretos; reabilitação por próteses totais e parciais removíveis superiores, inferiores ou ambas. AAPS, por sua vez, é responsável por todos os procedimentos clínicos básicos (BRASIL, 2008b).

No entanto, essas recomendações não são seguidas a contento. Em relação ao estudo vigente, os CEO avaliados dispunham apenas da reabilitação por prótese total convencional e, além disso, a longitudinalidade do cuidado foi descaracterizada. Isto porque a maioria maciça dos indivíduos reabilitados (85%) não foi contra-referenciada para as USF de origem e dentre os que foram, ainda houve casos onde o acesso a USF de referência não foi efetivado.

Contudo, possivelmente, houve uma adequação do meio bucal antes desses indivíduos serem referenciados ao CEO, uma vez que foi constatada uma satisfatória condição de saúde bucal em se tratando de ausência de cárie dentária nos indivíduos parcialmente dentados. Todavia, a análise respectiva da presença de sangramento gengival à sondagem, cálculo dentário e lesões cuja causa poderia estar associada à PTC denota a fragilidade de uma atenção à saúde não continuada.

Ao verificarmos os resultados de Machado et al. (2013), o problema da descontinuidade da assistência fica evidente, posto que foi evidenciado que a principal causa para o relato de dificuldades para comer, falar, sorrir foi a retenção deficiente das próteses. Tal deficiência deveria ter sido captada e solucionada nas consultas de

proservação imediata nos CEO ou mediata das Unidades Básicas de Saúde. Ressaltemos que esta inferência é válida, já que a amostra de Machado et al.(2013) foi composta por 138 dos 149 indivíduos deste estudo, ou seja, foi composta pelo universo de indivíduos que ainda usavam as próteses confeccionadas nos CEO entre 2007 e 2009.

O estudo de Chaves et al (2012) também evidenciou uma deficiência quanto a contra-referência dos usuários dos serviços de CEO de dois municípios da Bahia. Nesses dois municípios a maioria realizou, antes de chegar ao CEO, algum procedimento básico. Contudo, os autores evidenciaram que embora a atenção primária encaminhasse o usuário com ficha de referência, não havia retorno da contra-referência à AP em 81,3% e 79,5% dos casos.

Desta forma, verificamos a frágil articulação das referências e contra-referências nos CEO, nos levando a indagar do por que não expandir a regulação assistencial através de complexos reguladores, de forma normativa, para esses serviços. Acreditamos que assim seria possível minimizar a baixa taxa de utilização de serviços identificada no estudo conduzido por Chaves et al (2011) que visava avaliar a taxa de utilização dos serviços de CEO. Dentre os fatores relacionados a esta taxa, destacam-se aqueles pertinentes à discussão sobre a regulação da assistência como: a falta de um sistema de lista de espera automática para substituição de faltosos, ausência de protocolos de referência, de contra-referência e a falta de padronização nas técnicas operatórias utilizadas pelos odontólogos. Os três últimos fatores são preocupantes, pois há um manual próprio, o Manual de Especialidades em Saúde Bucal, para orientar tais questões (BRSIL, 2008b).

Isto nos remete, possivelmente, a deficiências na gerência desses Centros relacionadas a não difusão de material instrutivo divulgado pelo Ministério da Saúde e o desinteresse dos profissionais em buscar auxílio para melhor condução de seu trabalho. Essas hipóteses são subsidiadas pelas colocações de Chaves et al (2011) ao delimitarem a ausência de clareza sobre os padrões e metas propostas pelo serviço e o não cumprimento da carga horária real pelos profissionais como entraves ao êxito esperado pela assistência dos CEO e a viabilidade de acesso pela população.

Exemplo de experiência exitosa na utilização de Central de Regulação em Centros de Especializados foi evidenciado em Pereira et al. (2014). Em seu estudo, as referências para os CEO são discriminadas em um Sistema de Informação, o Sistema SOL - Sistema online de agendamento. Tal sistema indica aos Centros de Saúde (CS) as vagas para agendamento nas especialidades odontológicas nas Regiões Administrativas de Saúde. Essas vagas ficam disponíveis um dia na semana e são distribuídas por “cotas” para cada CS, sendo que as unidades básicas ficam responsáveis em entrar no sistema e agendar seus pacientes. As vagas não preenchidas entram novamente no sistema e são distribuídas por ordem de acesso ao sistema.

Como resultado, os autores enunciaram que o maior tempo de espera para agendamento de consulta nos CEO foi de 45 dias (PEREIRA et al., 2014). Tal resultado

se contrapõe aos nossos onde o intervalo médio de tempo entre o encaminhamento pela Unidade de Saúde da Família (USF) e o primeiro atendimento no CEO foi de 3 meses. Além desses dados, podemos analisar o tempo médio de 2 meses para o recebimento das próteses. Se compararmos este tempo com o número de 06 sessões indicadas para a confecção de prótese total convencional, segundo o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (BRASIL, 2008b), percebe-se que o problema reside no tempo para o acesso e não no tempo despendido para concluir a reabilitação.

Desta forma, há uma deficiência relativa à acessibilidade funcional, uma vez que o sistema de referência não assegurou o fácil acesso ao nível de assistência requerido (BULGARELI et al., 2013). Assim, é preciso investigar formas mais efetivas de como realizar o referenciamento de usuários e, sobretudo, o contra-referenciamento.

Por conseguinte, se faz necessário melhorar a responsividade dos CEO quanto ao cuidado. A responsividade surgiu no campo da avaliação como uma alternativa ao conceito de satisfação em razão do aspecto subjetivo desta. Assim, em vez de se perguntar o quanto a pessoa está satisfeita com o tempo que levou para ser atendida, tal qual os estudos de satisfação faz-se perguntas mais objetivas, do tipo “quanto tempo levou para ser atendido na última vez que veio à unidade de saúde?”. Ou seja, a responsividade se basearia em parâmetros definidos como legítimos e universais para se avaliar os serviços de saúde (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Neste estudo, foi possível identificar que, de fato, ao verificarmos o percentual de satisfação com as próteses poderíamos inferir que o serviço atendeu a demanda dos usuários na perspectiva do cuidado. Contudo, ao verificarmos os critérios de responsividade ou de regulação do acesso isto não se verifica.

O alto percentual de satisfação era esperado, pois a amostra foi composta, preponderantemente, por adultos e idosos de baixo poder de consumo que tenderiam a satisfazer-se pela reabilitação em si (COSTA et al., 2013; MACHADO et al., 2013) segundo o viés de gratidão (*gratitude bias*) (ESPERIDIÃO; TRAD, 2005).

Este presente estudo, apesar do tempo transcorrido desde sua realização, em 2010, ainda reflete a realidade da fragilidade da integração CEO/APS em conformidade ao estudo de (SILVA; GOTTEMS, 2017). Silva e Gottems analisaram publicações sobre a interface entre a atenção secundária e a APS em odontologia na perspectiva da integralidade do cuidado no âmbito do SUS identificando o acesso a atenção secundária, o contrarreferenciamento para APS como fatores que influenciam a integralidade do cuidado em saúde bucal no SUS. São esses fatores avaliados neste estudo que apresentaram fragilidades evidenciando assim um processo histórico de inefetividade a ser transposto.

## 5 | CONCLUSÃO

A integração APS/CEO ainda é bastante frágil, uma vez que há problemas evidentes



em relação a contra-referência e ao tempo de acesso ao CEO. Isto se configura como um entrave ao cuidado integral. Portanto, infere-se sobre a necessidade da assistência pública odontológica modificar seus processos de trabalho para efetivar, de fato, uma RAS e a integralidade da atenção. A instituição de centrais de regulação com atualização sistemática de seus dados seria uma forma de viabilização. Por sua vez, essas centrais facilitariam a instituição de auditorias assistenciais e processos de monitoramento das ações dos CEO.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Especialidades e Laboratórios de Prótese dentária**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=23646&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23646&janela=1). Acesso em 16 fev. 2011

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE BUCAL. **Projeto SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Manual da Equipe de Campo**. Brasília, DF, 2009. 53p.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Manual de especialidades em saúde bucal**. Brasília, DF, 2008b. 128p.

BULGARELI JV, FARIA ET, AMBROSANO GMB, VAZQUEZ FL, CORTELLAZZI KL, MENEGHI MC, MIALHE FL, PEREIRA AC. **Informações da atenção secundária em Odontologia para avaliação dos modelos de atenção à saúde**. *Rev Odontol UNESP*, v.42, n.4, p.229-236, 2011.

CHAVES SCL, CRUZ DN, BARROS SG, FIGUEIREDO AL. **Avaliação da oferta e utilização de especialidades odontológicas em serviços públicos de atenção secundária na Bahia, Brasil**. *Cad Saude Publica*, v.27, n.1, p.143-154, 2011.

CHAVES SCL, SOARES FF, ROSSI TRA, CANGUSSU MCT, FIGUEIREDO ACL, CRUZ DN, CURY PR. **Características do acesso e utilização de serviços odontológicos em municípios de médio porte**. *Ciênc. Saúde Colet*, v.17, n.11, p.3115-3124, 2012.

CRO - Conselho Regional de Odontologia do Rio Grande do Norte. **Canguaretama e Macaíba vão representar o RN no Prêmio Brasil Sorridente 2010**. Disponível em: <http://www.crom.org.br/noticias/ver/485>. Acesso em 19 out. 2011.

COSTA APS, MACHADO FCA, PEREIRA ALBP, CARREIRO AFP, FERREIRA MAF. **Qualidade técnica e satisfação relacionadas às próteses totais**. *Ciênc. Saúde Colet*, v.18, n.2, p.453-460, 2013.

ESPERIDIÃO M, TRAD L. **Avaliação de satisfação de usuários**. *Ciênc. Saúde Colet*, v.10, p.303-312, 2005. Supl. 0.

MACHADO FCA, COSTA APS, PONTES ALP, LIMA KC, FERREIRA MAF. **Dificuldades diárias associadas às próteses totais convencionais**. *Ciênc. Saúde Colet*, v.18, n.10, p.3091-3100, 2013.

MENDES EV. **As redes de atenção à saúde**. *Ciênc. Saúde Colet*, v.15, n.5, p.2297-2305, 2010.

MORRIS AJ, BURKE FJT. **Primary and secondary dental care: how ideal is the interface?** *Br. dent. j.*, v.191, n.12, p.666-670, 2001.

PEREIRA AC, VAZQUEZ FL, GUERRA LM, VITOR ES, AMBROSANO GMB, MIALHE FL, MENEGHIM MC. **Referência e Contra-Referência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil.** *Ciênc. Saúde Colet.*, v.19, n. 1, p.245-255, 2014.

SALTMAN RB, RICO A, BOERMA WGW. **Atenção Primária conduzindo as Redes de Atenção à Saúde: reforma organizacional na atenção primária européia.** 2010. 344f.. Brasília/DF: Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde e Séries Políticas, 2010. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2532.pdf>. Acesso em 19 out. 2011.

SILVA HEC, GOTTEMS LBD. **Interface entre a Atenção Primária e a Secundária em odontologia no Sistema Único de Saúde: uma revisão sistemática integrativa.** *Ciênc. Saúde Colet.*, v.22, n.8, p.2645-2657, 2017.

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

SOUZA GC, LOPES MLDS, RONCALLI AG, MEDEIROS-JÚNIOR A E COSTA ICC. **Referência e contra referência em saúde bucal: regulação do acesso aos centros de especialidades odontológicas.** *Rev. Salud Publica.*, v.17, n.3, p.416-428, 2015.

VAITSMAN J, ANDRADE GRB. **Satisfação e responsividade: formas de medir qualidade e a humanização da assistência à saúde.** *Ciênc. Saúde Colet.*, v.10, n.3, p.599-613, 2005.

## CONSTRUÇÃO DE UM CHECK LIST DE AVALIAÇÃO DO AÇOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 28/04/2021

### **Matheus Rodrigues Rangel**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal- Rio Grande do Norte- Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/6801727852841775>

### **Bárbara de Oliveira Melo**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal- Rio Grande do Norte- Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/1494714991050167>

### **Flávia Christiane de Azevedo Machado**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal- Rio Grande do Norte- Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/0790763211909338>

### **Thiago Antônio Raulino do Nascimento**

Instituto Federal de Educação, Ciência e  
Tecnologia do Rio Grande do Norte  
Natal- Rio Grande do Norte- Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/3699036554086930>

### **Suelen Ferreira de Oliveira**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal – Rio Grande do Norte  
<http://lattes.cnpq.br/7065067438025384>

### **Pryscylla Fideles de Miranda**

Universidade Federal do Rio Grande do Norte  
Natal-RN  
<http://lattes.cnpq.br/0714429204915167>

**RESUMO:** Estudo de desenvolvimento para elaborar e validar um check list para identificar

os potenciais entraves para efetivação do acolhimento na Atenção Primária à Saúde (APS). Processo em duas etapas, sendo a estruturação do checklist norteada por duas revisões sistemáticas de literatura e validação de conteúdo por especialistas (amostra de julgamento). Esses especialistas atribuíram valores de zero (discordância total) a nove (concordância total) aos critérios de acolhimento propostos de modo que os que obtiveram mediana  $\geq 7$  e distância interquartilica  $\leq 3$  permaneceram no check list, perfazendo assim 26 critérios distribuídos em nove dimensões (Acesso, Rede Integrada, Modelo Assistencial, Protocolos e Mecanismos de Avaliação de Risco, Educação Permanente, Organização do Trabalho, Ambiência, Tecnologia e Informática, Participação Social). O check list busca propiciar um diagnóstico situacional, materializando um conceito-ferramenta subjetivo, o acolhimento, mas de essencial importância aos processos de trabalho em saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acolhimento, Atenção Primária à Saúde, Política de saúde, Humanização da assistência, Avaliação em saúde.

### CONSTRUCTION OF A USER'S EMBRACEMENT ASSESSMENT CHECK LIST FOR THE PRIMARY HEALTH CARE

**ABSTRACT:** Development study to develop and validate a check list to identify potential barriers to effective user embracement in the Primary Health Care (PHC). Process in two stages, with the structuring of the checklist guided by two systematic literature reviews and content validation by experts (trial sample). These specialists assigned values from zero (total

disagreement) to nine (total agreement) to the proposed user's embracement criteria, then those criteria which obtained a median  $\geq 7$  and interquartile distance  $\leq 3$  remained on the check list, making up 26 criteria distributed in nine dimensions (Access, Integrated Network, Assistance Model, Protocols and Risk Assessment Mechanisms, Permanent Education, Work Organization, Environment, Technology and Informatics, Social Participation). The checklist seeks to provide a situational diagnosis, materializing a subjective concept-tool, the user embracement, but of essential importance to the health work processes.

**KEYWORDS:** User embracement, Primary Health Care, Health policy, Humanization of assistance, Health evaluation.

## 1 | INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem ampliando as responsabilidades municipais na garantia de acesso aos serviços de saúde com base na sua descentralização (regionalização) e reorganização funcional. Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde sua criação em 1994 enquanto Programa Saúde da Família (PSF), possibilitou maior visibilidade às novas formas de se produzir saúde, particularmente, na Atenção Básica (VIACAVA *et al.*, 2018). Esta reorganização do modelo assistencial demanda iniciativas indutoras de mudanças na formação e capacitação dos sujeitos das práticas e das relações de trabalho em saúde, enfatizando a qualidade e a humanização do atendimento, expressas no acolhimento e vínculo (VIACAVA *et al.*, 2018).

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), o acolhimento desvela-se como uma ação fundamental para a política de humanização da atenção à saúde ao possibilitar priorizar as situações de maior vulnerabilidade biológica, econômica e social (LOPES *et al.*, 2015). No entanto, a percepção de acolhimento tem se caracterizado por uma dimensão restrita à triagem administrativa, repasse de encaminhamentos e recepção burocrática, sem uma adequada avaliação do risco, agravo e grau de sofrimento explícito ou velado, contribuindo em acentuar uma prática excludente (LOPES *et al.*, 2015).

Diante disto, o objetivo deste estudo foi elaborar e validar um check list para identificar os potenciais entraves para efetivação do acolhimento em unidades básicas de saúde.

## 2 | PERCURSO METODOLÓGICO

Neste estudo de desenvolvimento elaborado no segundo semestre de 2013, buscou-se viabilizar um instrumento de avaliação do acolhimento na APS mediante a condução de duas etapas. A primeira consistiu em construir um check list a partir da análise de revisões sistemáticas de literatura realizadas por Santo s e Santos (2011) e Mitre, Andrade e Cotta (2012) indexadas no LILACS. Essas revisões objetivavam respectivamente, identificar e analisar as diferentes abordagens sobre acolhimento no Programa Saúde da Família de estudos publicados entre 2001 e 2010 em periódicos brasileiros, e analisar criticamente

a produção bibliográfica no Brasil no período de 1989 a 2009 sobre o acolhimento na operacionalização e qualificação do SUS na APS.

A segunda etapa consistiu na validação de conteúdo do check list por quatro professores de diferentes formações acadêmicas (odontólogo, administrador, enfermeiro e médico) de um Departamento de Saúde Coletiva de Universidade Federal com experiência nos serviços públicos de saúde, pesquisas no âmbito da APS de impacto nacional e ministram disciplinas de articulação ensino-serviço. Portanto, buscou-se constituir uma amostra de julgamento tendo por base a expertise no objeto sob estudo (LOPES JUNIOR *et al.*, 2010). Esses professores foram convidados via carta convite, enviada por e-mail, contendo explicações sobre o objetivo do estudo, motivo de sua realização e como seria sua participação. Conforme protocolo de ética em pesquisa, assentiram participação por Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o protocolo como um todo aprovado em Comitê de ética.

Tendo por base a seguinte pergunta norteadora: *“Para avaliar como o acolhimento é vivenciado nas unidades básicas de saúde, quais critérios devem ser verificados? Em quais dimensões esses critérios podem ser agrupados?”*, os participantes atribuíram uma nota mais próxima de 0 (zero) caso julgassem o critério sem importância para avaliar o acolhimento e uma nota mais próximo de 9 (nove) caso julgassem o critério como importante para tal fim. As notas foram tabuladas em planilhas do programa PSPP® para facilitar o cálculo das medianas e da distância interquartílica (Q75-Q25).

Os critérios que apresentaram mediana  $\geq 7$  e distância interquartílica  $\leq 3$  permaneceram no check list. Além de avaliar os critérios propostos, era possível propor e sugerir modificações. Após esta validação do check list, obteve-se instrumento para verificar o nível de adesão do serviço de saúde ao acolhimento onde na presença de um fator positivo ao acolhimento pontua-se um (1) e classifica-se como adesão satisfatória a que obtiver pontuação  $\geq 70\%$  da pontuação máxima. ( $\sum$  pontuação obtida  $\times 10 / \sum$  pontuação máxima possível).

### 3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O check list continha originalmente **09 dimensões** nas quais estavam distribuídos **33 critérios**. Assim, a figura 1 abaixo indica a mediana e distância interquartílica referente a cada critério, evidenciando aqueles julgados consensualmente importantes pelos avaliadores (mediana  $\geq 7$  e Q75-Q25  $\leq 3$ ).

DIMENSÃO: Acesso				
CRITÉRIO	FORMA DE AFERIÇÃO	AVALIADOR	MEDIANA	Q75-Q25
Facilidade para realização de exames clínicos laboratoriais na própria unidade	Existência de demanda reprimida para realização de exames. ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,0	9,0-1,75
Marcação de consultas	Existem meios para marcação de consulta na unidade. ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-2,25
Localização da Unidade	Proximidade da unidade em relação ao território de abrangência. ( ) Sim ( ) Não	Pesquisador	8,0	8,75- 7,25
Facilidade de acesso por transporte público	Existência de paradas de ônibus próximas à UBS? ( ) Sim ( ) Não	Pesquisador	7,5	8,0-6,25
DIMENSÃO: Rede Integrada				
Utilização de prontuário eletrônico	Utilizam prontuário eletrônico com dados dos usuários? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-7,25
Referência	Há facilidade para marcação de consultas externas à UBS? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-8,0
Contra-referência	Os usuários retornam a UBS após receberam assistência em outros níveis de atenção à saúde? ( ) Sim ( ) Não	Profissional	9,0	9,0-9,0
Porta aberta	A UBS se articula com outras unidades para cobrir sua demanda reprimida? ( ) Sim ( ) Não	Gerente	9,0	9,75-9,0
Conhecimento de Rede de Assistência à Saúde	O profissional conhece a rede de saúde que deve acessar para conseguir uma atenção integral ao usuário? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-8,25
	A UBS disponibiliza aos profissionais um fluxograma descrevendo a rede de serviços integradas a Unidade para a qual os profissionais podem realizar encaminhamentos? ( ) Sim ( ) Não	Gerente	8,5	9,0-7,25
DIMENSÃO: Modelo Assistencial				
Multidisciplinaridade	A UBS disponibiliza assistência de outros profissionais de saúde, além de médicos, enfermeiros e dentistas? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-7,25
Organização do trabalho	A UBS trabalha na perspectiva das linhas de cuidado para marcação de consultas? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,0	9,0-2,5

Promoção à saúde	A UBS desenvolveu nos últimos seis meses atividades de promoção à saúde em outros espaços sociais (escolas, igrejas, instituições de longa permanência, creches)? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-2,75
	A UBS tem grupos de educação em saúde dirigidos aos usuários? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-8,25
<b>DIMENSÃO: Protocolos de avaliação de risco e mecanismos de avaliação e classificação de risco</b>				
Equidade	Utiliza protocolos com critérios de prioridades que ajudem a identificar os riscos à saúde do indivíduo de modo a priorizar o atendimento? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-9,0
Classificação de risco	Existência de equipamentos básicos para priorização na avaliação de risco que estejam em condições adequadas de uso Tensiómetro ( ) Sim ( ) Não Termômetro ( ) Sim ( ) Não Oxímetro de pulso ( ) Sim ( ) Não Glicosímetro ( ) Sim ( ) Não	Profissional	8,5	9,0-2,75
Organização dos processos de trabalho	Na prática, os fluxogramas são aplicados? ( ) Sim ( ) Não	Profissional	4,5	7,25-1,0
<b>DIMENSÃO: Educação permanente</b>				
Qualificação profissional	Existe a realização periódica de cursos de capacitação para os servidores da unidade? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-8,0
	Houve alguma capacitação, no último ano, cujo foco fosse o acolhimento ou aspectos relacionados à Política Nacional de Humanização? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,75-8,0
<b>DIMENSÃO: Organização do trabalho</b>				
Projeto terapêutico singular	Existe alguma forma de comunicação entre os membros da equipe para planejar ações terapêuticas para usuários que demandem uma atenção especial? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-8,0
Planejamento	Existem reuniões periódicas para discutir e planejar as ações a serem desenvolvidas pela unidade? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,75-9,0

Cogestão	As reuniões têm a participação da maioria dos servidores e esses têm espaço para expressar suas opiniões? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-8,25
Efetivação das ações propostas	Você percebe que os assuntos discutidos nas reuniões são revertidos em melhorias para a unidade? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-7,25
Deficiência de Recursos Humanos	Existe a falta de recursos humanos na unidade para realização dos processos de trabalho? ( ) Sim ( ) Não	Gerente	8,5	9,0-8,0
DIMENSÃO: Ambiência				
Privacidade e individualidade	Existe sala reservada para o acolhimento individual do usuário? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	7,0	9,0-1,25
Coletividade	Existe sala reservada para o acolhimento coletivo da comunidade? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	6,5	8,75- 1,25
Acústica	Há muitos ruídos no espaço de conversa entre quem acolhe e quem é acolhido? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e pesquisador	7,5	8,75-5,5
Comunicação	Existem meios de comunicação visual na unidade? Identificação de salas ( ) Sim ( ) Não Ambientes ( ) Sim ( ) Não Identificação da Unidade ( ) Sim ( ) Não Profissionais – crachás, batatas com identificação ( ) Sim ( ) Não	Pesquisador	8,5	9,0-8,0
Confortabilidade	Existem assentos suficientes para a quantidade de usuários, que habitualmente procuram o serviço, aguardarem atendimento? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e pesquisador	9,0	9,0-6,0
	Acesso a bebedouros e instalações sanitárias devidamente higienizadas. ( ) Sim ( ) Não	Pesquisador	9,0	9,0-9,0
	Há espaço físico suficiente para comportar a quantidade de usuários e acompanhantes, que habitualmente, procuram o serviço? ( ) Sim ( ) Não	Pesquisador	9,0	9,0-9,0



Acessibilidade	Há acesso adequado a portadores de deficiência e pessoas com dificuldades de locomoção? Rampas ( ) Sim ( ) Não Corrimãos ( ) Sim ( ) Não Banheiros adaptados ( ) Sim ( ) Não	Profissional, pesquisador e gerente	9,0	9,0-9,0
DIMENSÃO: Tecnologia e informática				
Marcação de consultas e exames clínicos	Tem acesso à internet? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-8,25
	Há uma quantidade de computadores suficientes para atender a demanda do serviço? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-8,0
Confecção do cartão SUS	Há impressoras na unidade? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-5,0
Comunicação: Unidade x Demais serviços/nível central Unidade x usuários	Tem telefone em condições de uso na unidade? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,5	9,0-7,25
DIMENSÃO: Participação social				
Controle social	Existe colegiado gestor com participação social? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	9,0	9,0-8,25
Inclusão	Existem espaços na unidade de saúde criados por usuários? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,0	8,75-2,0
Ouvidoria	Existem meios ou espaços para ouvir as opiniões do usuário? ( ) Sim ( ) Não	Profissional e gerente	8,0	8,75-8,0

Critérios ou formas de aferição excluídas: casela pintada em cinza.

Figura 1: Check list com indicação da mediana e distância interquartilica dos critérios.

Fonte: Rangel, Melo, Machado (2013).

Após análise dessas medidas de tendência central, houve permanência do número de dimensões e redução dos critérios (n=26). Inicialmente foram retiradas 10 formas de aferição pela discordância entre os avaliadores sobre sua importância (Q75-Q25 >3). Entretanto, foram adicionados por sugestão dos avaliadores três novos critérios com suas respectivas formas de aferição (n=4), tendo como resultado o check list com 33 formas de aferições (Figura 02).

DIMENSÃO: Acesso Pontuação máxima possível: 04 pontos	
CRITÉRIO	FORMA DE AFERIÇÃO
Localização da Unidade	Proximidade da unidade em relação ao território de abrangência? ( ) Sim ( ) Não
Facilidade de acesso por transporte público	Existe transporte coletivo que contemple em sua rota a mobilidade dos usuários à unidade de saúde? ( ) Sim ( ) Não
Demanda reprimida	A demanda espontânea é acolhida na porta de entrada? ( ) Sim ( ) Não
	O paciente volta sem atendimento e/ou sem orientação? ( ) Sim ( ) Não
DIMENSÃO: Rede Integrada Pontuação máxima possível: 06 pontos	
Referência	Há facilidade de marcação de consulta para especialista ou outro tipo de atendimento fora da UBS? ( ) Sim ( ) Não
Contra-referência	Os usuários retornam a UBS após receberem assistência em outros níveis de atenção à saúde? ( ) Sim ( ) Não
Resolutividade e responsabilização	A UBS se articula com as demais unidades para cobrir sua demanda reprimida? ( ) Sim ( ) Não
	A UBS atende usuários de outros territórios? ( ) Sim ( ) Não
Conhecimento de Rede de Assistência à Saúde	O profissional conhece a rede de saúde que deve acessar para conseguir uma atenção integral ao usuário? ( ) Sim ( ) Não
	A UBS disponibiliza aos profissionais um fluxograma descrevendo a rede de serviços integrada a Unidade para a qual os profissionais podem realizar encaminhamentos? ( ) Sim ( ) Não
DIMENSÃO: Modelo Assistencial Pontuação máxima possível: 02 pontos	
Equipe multidisciplinar	A UBS disponibiliza assistência de outros profissionais de saúde, além de médicos, enfermeiros e dentistas? ( ) Sim ( ) Não
Promoção à saúde	A UBS tem grupos de educação em saúde, em funcionamento, dirigidos aos usuários? ( ) Sim ( ) Não
DIMENSÃO: Protocolos de avaliação de risco e mecanismos de avaliação e classificação de risco Pontuação máxima possível: 02 pontos	
Equidade	Utiliza protocolos com critérios de prioridades que ajudem a identificar os riscos à saúde do indivíduo de modo a priorizar o atendimento? ( ) Sim ( ) Não
Priorização do atendimento	A UBS avalia as necessidades dos usuários em função de risco/ vulnerabilidade para promover a priorização da atenção? ( ) Sim ( ) Não
DIMENSÃO: Educação permanente Pontuação máxima: 02 pontos	

Qualificação profissional	Existe a realização periódica de cursos de capacitação para os servidores da unidade? ( ) Sim ( ) Não
	Houve alguma capacitação, no último ano, cujo foco fosse o acolhimento ou aspectos relacionados à Política Nacional de Humanização? ( ) Sim ( ) Não
<b>DIMENSÃO: Organização do trabalho</b> Pontuação máxima: 05 pontos	
Modo de operar os processos de trabalho	O atendimento aos usuários evidencia escuta qualificada e vínculo? ( ) sim ( ) não
Projeto terapêutico singular	Há construção de projeto terapêutico singular pela equipe, para usuários que demandem uma atenção especial? ( ) Sim ( ) Não
Planejamento	Existem reuniões periódicas para discutir e planejar as ações a serem desenvolvidas pela unidade? ( ) Sim ( ) Não
Cogestão	As reuniões têm a participação da maioria dos servidores e esses têm espaço para expressar suas opiniões? ( ) Sim ( ) Não
Efetivação das ações propostas	Você percebe que os assuntos discutidos nas reuniões são revertidos em melhorias para a unidade? ( ) Sim ( ) Não
Suficiência de Recursos Humanos	Existe a falta de recursos humanos na unidade para realização dos processos de trabalho? ( ) Sim ( ) Não
<b>DIMENSÃO: Ambiência</b> Pontuação máxima: 10 pontos	
Comunicação	Existem meios de comunicação visual na unidade? · Identificação de salas ( ) Sim ( ) Não · Ambientes ( ) Sim ( ) Não · Unidade ( ) Sim ( ) Não · Profissionais – crachás, batas com identificação. ( ) Sim ( ) Não
Confortabilidade	Existem assentos suficientes para a quantidade de usuários, que habitualmente procuram o serviço, aguardarem atendimento? ( ) Sim ( ) Não
	Há acesso a bebedouros e instalações sanitárias devidamente higienizadas? ( ) Sim ( ) Não
	Há espaço físico suficiente para comportar a quantidade de usuários e acompanhantes, que habitualmente, procuram o serviço? ( ) Sim ( ) Não
Acessibilidade	Há acesso adequado a portadores de deficiência e pessoas com dificuldades de locomoção? · Rampas ( ) Sim ( ) Não · Corrimãos ( ) Sim ( ) Não · Banheiros adaptados ( ) Sim ( ) Não
<b>DIMENSÃO: Tecnologia e Informática</b> Pontuação máxima: 04 pontos	
Utilização de Prontuário eletrônico	Utilizam prontuário eletrônico com dados dos usuários? ( ) Sim ( ) Não

Marcação de consultas e exames clínicos	Tem acesso à internet? ( ) Sim ( ) Não
	Há uma quantidade de computadores suficientes, em funcionamento, para atender a demanda do serviço? ( ) Sim ( ) Não
Comunicação: Unidade x Demais serviços/nível central Unidade x usuários	Tem telefone com comunicação interna e externa a UBS? ( ) Sim ( ) Não
DIMENSÃO: Participação social Pontuação máxima: 02 pontos	
Controle social	Existe colegiado gestor com participação de usuários? ( ) Sim ( ) Não
Ouvidoria	Existem meios ou espaços para ouvir e dar resposta às sugestões e opiniões dos usuários? ( ) Sim ( ) Não
Pontuação máxima do check list: 37 pontos	

Figura 2: Check list final contendo os critérios consensualmente importantes, bem como sugestões dos avaliadores para avaliação do acolhimento.

Fonte: Rangel, Melo, Machado (2013).

Na dimensão Acesso foram mantidos dois critérios, dois excluídos e um adicionado com duas formas de aferição. No critério de “Facilidade de acesso por transporte público” foi ressaltado pelos avaliadores que apesar da existência de parada de ônibus próxima a unidade, não significaria que haveria garantia de transporte público à comunidade adscrita à unidade. Neste sentido, foi decidido colocar no check list a forma de aferição “Existência de transporte coletivo que contemple em sua rota a mobilidade dos usuários à unidade de saúde”. Ainda na dimensão Acesso, foram excluídos dois critérios (facilidade de realização de exames clínicos e laboratoriais; marcação de consultas). Quanto ao primeiro critério, foi avaliado que este não se encontrava na dimensão adequada, o que prejudicou sua inserção no estudo. Entretanto, é importante destacar que este foi enfatizado como um dos maiores desafios na dimensão acesso no estudo realizado por Mitre, Andrade e Cota (2012).

Já em relação ao segundo critério, o fato de existir meio para a marcação de consultas não caracterizaria necessariamente este meio como acolhedor. De fato, há unidades em que o usuário no intuito de assegurar a marcação de consulta se submete a filas “madrugadoras” na porta da Unidade. Assim, não há um critério eletivo para priorização de pessoas em situação de risco ou vulnerabilidade (BRASIL, 2010). Por conseguinte, o critério adicionado “demanda reprimida” incluiu duas formas de aferição; “demanda espontânea é acolhida na porta de entrada?” e “o paciente volta sem atendimento e/ou sem orientação?” por serem consideradas duas questões centrais em relação ao acesso.

Na dimensão Rede Integrada, o critério “Utilização de prontuário eletrônico” foi alterado para a dimensão de Tecnologia e Informática. No critério “Referência” foi sugerida

a mudança de redação para “Há facilidade de marcação de consulta para especialistas ou outro tipo de atendimento fora da UBS?”. Ainda na dimensão Rede Integrada, foi comentada a importância de haver mecanismos para tomar conhecimento se o usuário foi atendido no referenciamento e se este retornou a unidade com a ficha de contra-referência devidamente preenchida pelo profissional especialista no critério “Contra-referência”. Em relação ao critério “Porta aberta”, foi sugerida a mudança do nome para “Resolutividade e Responsabilização” e com isso também foi acrescida uma forma de aferição (A UBS atende usuários de outros territórios?).

Na dimensão Modelo Assistencial, permaneceram dois critérios e outros dois foram excluídos. O critério “Multidisciplinaridade” foi modificado para “Equipe Multidisciplinar” para adequar melhor à forma de aferição, uma vez que a existência de equipe multidisciplinar, por si só, não garantiria a multidisciplinaridade. Porém, a multidisciplinaridade pode ser identificada juntando as informações obtidas pela análise deste critério com o critério “Projeto Terapêutico Singular”. Isto porque em conjunto possibilitam a investigação sobre a existência de práticas interdisciplinares e políticas intersetoriais articuladas para dar conta de complexos problemas de saúde tal qual preconizado na PNH (BRASIL, 2004).

No critério “Promoção à Saúde”, a forma de aferição foi alterada de modo a incluir e enfatizar a expressão “em funcionamento” (“A UBS tem grupos de educação em saúde, em funcionamento, dirigidos aos usuários?”), isto porque poderia haver possibilidade de considerar uma ação em inatividade, não servindo a população neste momento. Por fim, nesta dimensão, o critério “Organização do Trabalho” que tinha como forma de aferição: “A UBS trabalha na perspectiva das linhas de cuidado para marcação de consulta”, foi retirado por já estar contemplado na dimensão Rede Integrada.

Na dimensão Protocolos de Avaliação de Risco e Mecanismos de Avaliação e Classificação de Risco, foram excluídos dois critérios, um permaneceu e outro foi adicionado. O critério “Classificação de Risco” foi excluído, pois a sua forma de aferição não era condizente com o mesmo, sendo então criada em substituição o critério “Priorização do Atendimento”, tendo como aferição “A UBS avalia as necessidades dos usuários em função de risco/vulnerabilidade para promover a priorização da atenção?”. Neste sentido, é essencial destacar que uma avaliação de necessidade precisa contemplar a flexibilização do uso dos protocolos (MITRE; ANDRADE; COTA, 2012). Por sua vez, o critério “Organização dos Processos de Trabalho” foi excluído devido a sua forma de aferição se referir unicamente aos fluxogramas e este ser considerado pouco representativo deste critério. O critério “Equidade” manteve-se, porém foi destacada a importância deste estar articulado a porta de entrada da unidade de forma a diferenciar casos de urgência a serem encaminhados para prontos atendimentos e casos para agendamento na unidade (BRASIL, 2004).

Na dimensão de Educação Permanente, o critério foi mantido. Porém, na forma de aferição “Existe a realização periódica de cursos de capacitação para os servidores da unidade?” foi destacado que a capacitação pode ser apenas de caráter técnico-específico

sem, necessariamente, haver referência ao processo de trabalho em si. Desta forma, seria preciso especificar as características da capacitação.

Na dimensão Organização do Trabalho, o critério adicionado foi “Modo de operar os processos de trabalho”, tendo como forma de aferição “O atendimento aos usuários evidenciam a escuta qualificada e vínculo?”, por serem a escuta qualificada e o estabelecimento do vínculo importantes eixos norteadores do acolhimento (BRASIL, 2010). Foi ainda sugerido que no critério “Projeto Terapêutico Singular”, a forma de aferição fosse modificada para: “Há construção de projeto terapêutico singular pela equipe para usuários que demandem uma atenção especial?”.

No critério de “Cogestão” foi destacado que para se efetuar uma cogestão plena é necessário que haja o compartilhamento na tomada de decisão e não só apenas o espaço para expressar opiniões. No entanto, tal compartilhamento pode ser inferido mediante a análise do critério seguinte que se propõe a mensurar a efetivação das propostas. No critério “Deficiência de Recursos Humanos” foi sugerida a substituição do termo “deficiência” pelo termo “suficiência”, sendo este considerado de maior adequação para ser aplicado. Contudo, a inadequação do termo inicialmente utilizado não foi determinante para a exclusão do critério. Isto porque, de fato, a não suficiência de profissionais acarreta sobrecarga de trabalho, cansaço e estresse dos trabalhadores, além da pressão pelo atendimento rápido, caracterizando-se como fatores que podem influenciar na qualidade dos processos relacionais (MITRE; ANDRADE;COTA, 2012).

Na dimensão Ambiência foram excluídos três critérios (privacidade e individualidade; coletividade; acústica) e foram mantidos três sem ressalvas. Apesar dos critérios excluídos não terem atingido a nota estipulada no protocolo do estudo, acredita-se que esses sejam, em essência, importantes para a efetivação do acolhimento com qualidade. Os critérios foram criticados pelos avaliadores, devido o posicionamento de que o acolhimento não depende de uma estrutura física de funcionamento, mas de uma mudança de postura e de atitude dos profissionais. Entretanto, para que o acolhimento seja praticado de maneira adequada, se faz necessário respeitar a privacidade e a individualidade singular e coletiva. Ainda em relação aos critérios excluídos, a Política Nacional de Humanização enfatiza a importância da ambiência para a organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho (BRASIL, 2010).

Na dimensão Tecnologia e Informática foram mantidos dois critérios, excluído um, e redimensionado o de “Prontuário eletrônico”. No critério “Marcação de Consulta”, foi sugerida a adequação da forma de aferição para “Há uma quantidade de computadores suficientes em funcionamento para atender a demanda do serviço?”. Por sua vez, no critério “Comunicação” foi realizada a modificação da forma de aferição para “Tem telefone com comunicação interna e externa a UBS?”. Isto porque esta dimensão busca colaborar no controle e registros dos usuários em prol da agilidade do setor de recepção e de prontuários, facilitando os agendamentos de consultas especializadas através da criação

de filas virtuais (MITRE; ANDRADE; COTA, 2012).

Na dimensão Participação Social foram mantidos dois critérios e excluído um. No critério “Controle Social” foi sugerida a mudança na forma de aferição para “Existe colegiado gestor com participação de usuários?”. Fazendo a substituição da palavra “social” por “usuários”, o que deixaria mais específico a aferição da existência destes no colegiado gestor. Da mesma forma, no critério “Ouvidoria” foi sugerida modificação da forma de aferição para “Existem meios ou espaços para ouvir e dar respostas às sugestões e opiniões dos usuários?”. O critério retirado foi o de “Inclusão” em razão da dificuldade de entendimento do mesmo pelos avaliadores.

## 4 | CONCLUSÃO

O acolhimento é um conceito-ferramenta de essencial importância aos processos de trabalho em saúde. Neste sentido, o instrumento auxilia a identificar fragilidades e potencialidades, na perspectiva de um diagnóstico situacional.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
3. LOPES, A.S. ET AL . **O acolhimento na atenção básica em saúde: relações de reciprocidade entre trabalhadores e usuários**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 39, N. 104, P. 114-123, MAR. 2015 .
4. MITRE, S.M., ANDRADE, E.I.G., COTTA, R.M.M. **Avanços e desafios do acolhimento na operacionalização e qualificação do Sistema Único de Saúde na Atenção Primária: um resgate da produção bibliográfica do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.8, p.2071-2085, 2012.
5. SANTOS, I.M.V., SANTOS, A.M. **Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros**. Revista de salud pública, v.13, n.4, p.703-716, 2011.
6. VIACAVA, FRANCISCO et al. **SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos**. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2018, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, jun. 2018.

# CAPÍTULO 8

## BIOÉTICA E DIREITO MÉDICO: REFLEXÕES E PERSPECTIVAS SOBRE A RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Data de aceite: 01/06/2021

**Caroline Silva de Araujo Lima**

Faculdade Dinâmica Vale do Piranga  
Ponte Nova- MG

**Andreza Maria Pereira Alves**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Thaieny Emanuelle Oliveira Lemes**

Universidade Federal dos Vales do  
Jequitinhonha e Mucuri- UFVJM  
Diamantina- MG

**Paula Ariane Toneli Reis**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Rafaela da Silva Rosa**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Aline Costa Palhares**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Paulo Guilherme Alves Gonzaga**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Victoria Martins Carrijo**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Ana Gabrielly Masson Itacarambi**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Clara Luísa Nunes Mota**

Instituto Master de Ensino Presidente Antônio  
Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

**Cecília Soares Tôrres**

Centro Universitário UniFacid  
Teresina- PI

**RESUMO:** Os direitos fundamentais são princípios basilares do ordenamento jurídico pátrio, devendo ser observado por todos, em especial quando o assunto tratado diz respeito à saúde. O presente artigo tem o objetivo de analisar o advento da bioética sob o prisma dos princípios fundamentais, especificamente quanto a responsabilidade civil do médico sob a perspectiva dos erros que acontecem no exercício da função. Sendo assim, em notas conclusivas, constata-se que o exercício da medicina, por si só, possibilita dano a outrem, diante do risco da atividade médica, tendo em vista o exercício da função obrigar o profissional a assumir responsabilidades pelos pacientes e possíveis consequências de seus atos, lidando diretamente com a preservação da vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Bioética; direito médico; erro médico.

**ABSTRACT:** Fundamental rights are basic principles of the Brazilian legal system, and



should be observed by all, especially when the issue at hand concerns health. The present article has the objective of analyzing the advent of bioethics under the prism of the fundamental principles, specifically regarding the civil responsibility of the physician under the perspective of the errors that occur in the exercise of his function. Thus, in concluding remarks, it is noted that the exercise of medicine, by itself, enables damage to others, due to the risk of medical activity, considering that the exercise of the function obliges the professional to take responsibility for the patients and possible consequences of his acts, dealing directly with the preservation of life.

**KEYWORDS:** Bioethics; medical law; medical error.

## 1 | INTRODUÇÃO

A dignidade humana é um princípio fundamental, que integra os valores perseguidos pela Carta Magna de 1988, integrando a própria noção de pessoa humana. Nessa senda, a bioética é uma disciplina recente, que está em desenvolvimento, gerando grandes debates no campo da medicina e do direito, envolvendo as mais diversas situações éticas, culturais, médicas, genéticas, religiosas e científicas.

Dessa forma, o entendimento a respeito da moral no exercício da atividade médica, vem sofrendo constantes evoluções, carecendo assim, de uma disciplina específica para análise das questões envolvidas.

O objetivo do presente artigo é expor o que seria a bioética à luz dos princípios fundamentais, em especial, o princípio da dignidade da pessoa humana, tendo em vista o avanço da genética e as experiências passadas de experimentos humanos, focando na responsabilidade civil do médico e o seu dever ético no exercício da profissão.

Logo, o intuito deste estudo foi analisar o tema proposto por meio de revisão sistemática da literatura científica, pesquisando artigos originais a partir de plataformas eletrônicas como SCIELO, BVS e Google Acadêmico, a respeito da bioética e da responsabilidade civil do médico no exercício da função, atentando sempre para a efetivação do princípio basilar da dignidade da pessoa humana.

## 2 | DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS E BIOÉTICA

De antemão, os direitos fundamentais, relacionados especialmente às disposições constitucionais, buscam prevenir possíveis violações de direitos. Quanto às garantias no geral, recorda-se automaticamente de que ela se divide em duas searas, a preventiva e repressiva. A primeira, também conhecida como garantia da constituição, a qual pertence os princípios de organização e fiscalização das autoridades estatais que objetivam limitar o poder estatal e concretizam o princípio da separação dos poderes, já as garantias repressivas estão voltadas para impedir violações de direitos ou sanar tensões decorrentes de tais violações habeas corpus, mandado de segurança, ação popular etc.<sup>1</sup>

1 DIMOULIS, Dimitri. Teoria geral dos direitos fundamentais / Dimitri Dimoulis e Leonardo Martins. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007. Pág. 79 a 81

No que diz respeito à titularidade dos direitos fundamentais, o caput do artigo 5º da CF, encontra-se discriminado que o direito à saúde é uma garantia fundamental garantido à “todos”. Isso significa que qualquer pessoa é submetida à aplicação da lei por qualquer autoridade brasileira, não importando seu sexo, cor de pele, nacionalidade, tem direito de acesso à saúde.

Dentre outros direitos enunciados, estão o direito à vida, à liberdade, à igualdade e à propriedade as pessoas que pertencem a uma categoria mais restrita, as quais estão reservadas, segundo o caput do art. 5º da CF, “*aos brasileiros e estrangeiros residentes no País*”.

No que se refere aos direitos coletivos, existe um caráter de supra verificação, sendo assim, sua titularidade depende do tipo de direito. Já em relação às titularidades das garantias fundamentais, estas se relacionam diretamente com as formas de organização do Estado, em especial as garantias preventivas, que dependem da competência das autoridades de fiscalizar possíveis abusos de poder, motivo pelo qual a constituição de 1988 adota o regime dos três poderes, onde instrumentos de controle recíprocos das autoridades regulam e fiscalizam uns aos outros no intuito de preservar os direitos dos indivíduos.

Nesse sentido, pode-se dizer que, os direitos sociais e políticos estão estritamente relacionados a interesses e necessidades de caráter pessoal e não podem ser exercidos por pessoas jurídicas, sendo que o contrário ocorre com direitos de resistência. Logo, os direitos relacionados a saúde e a ética pessoal, estão diretamente ligados à individualidade de cada um, devendo haver uma interação constante entre o Entes federados e seus jurisdicionados.

## 2.1 Da Bioética

Após a Segunda Guerra Mundial e as atrocidades cometidas pelos nazistas nos campos de concentração, em que seres humanos foram objetos de experimentos, desrespeitando totalmente princípios fundamentais de ética e moral, ferindo gravemente a dignidade da pessoa humana.

Dessa forma, em 1978 foi criado o Relatório Belmont que adotou princípios elementares para realização das pesquisas que tem como objeto os seres humanos, adotando princípios como o respeito às pessoas, a justiça e a beneficência<sup>2</sup>.

No entanto, a palavra bioética apareceu documentalmente pela primeira vez em 1971, na obra de Van Rens Selaer Potter (*Bioethics: bridge to the future*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York), com o objetivo de ajudar o mundo na participação racional no processo de evolução cultural e biológica.

Insta transcrever, interessante passagem de Maria Helena Diniz<sup>3</sup> a respeito da bioética:

2 Westphal, ER. Bioética. São Leopoldo (RS): Sinodal; 2006.

3 DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 2.ed. aum. e atual. de acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-01- 2002). São Paulo: Saraiva, 2002. p. 09.

"a bioética seria então uma nova disciplina que recorreria às ciências biológicas para melhorar a qualidade de vida do ser humana, permitindo a participação do homem na evolução biológica e preservando a harmonia universal. Seria a ciência que garantiria a sobrevivência na Terra, que está em perigo, em virtude de um descontrolado desconhecimento da tecnologia industrial, do uso indiscriminado de agrotóxicos, de animais em pesquisas ou experiências biológicas e da sempre crescente poluição aquática, atmosférica e sonora".

Dessa forma, com o avanço das tecnologias em relação ao código genético humano e sua decifração, além do aumento do interesse a respeito dessa área, é que a sociedade se viu diante de novos embates, muito além daqueles já vivenciados na Segunda Guerra mundial.

Para Pessini e Barchifontaine, a palavra "bio" significa que<sup>4</sup>:

"exige que levemos seriamente em conta as disciplinas e as implicações do conhecimento científico, de modo que possamos entender as questões, perceber o que está em jogo e aprender a avaliar possíveis conseqüências das descobertas e suas aplicações".

À propósito a palavra "ética", por sua vez, trata do seguinte<sup>5</sup>:

"é uma tentativa para se determinar os valores fundamentais pelos quais vivemos. Quando vista num contexto social, é uma tentativa de avaliar as ações pessoais e as ações dos outros de acordo com uma determinada metodologia ou certos valores básicos".

Nessa toada, é que a bioética tem o objetivo de criar um novo paradigma para a vida, estabelecendo novos traços, novas respostas ao que era tido como dogmas éticos, reformulando assim, o conceito de ética.

À vista dessa nova perspectiva de o que seria ética, é que a bioética vem para considerar aspectos antes não debatidos, que se relaciona diretamente com a complexidade de novos questionamentos que impõe a tecnologia e a ciência na área da biomedicina.

### 3 | RESPONSABILIDADE CIVIL DO MÉDICO

Têm-se que desde os primórdios da civilização, foram criados regras de condutas e códigos a fim de punir todos aqueles que provocam dano e lesão a outrem, de modo que, é relevante o debate sobre danos provenientes de falhas na conduta de um profissional da medicina.

Nessa baila, dentre as mais diversas profissões criadas de acordo com as necessidades do povo, a medicina é tida como uma das mais difíceis de ser exercida, tendo em vista a responsabilidade que assumem os profissionais ao atuarem na área, que tem como foco principal a saúde do ser humano e a preservação da vida.

Logo, mesmo com os estudos, a formação universitária e as mais diversas

4 VIEIRA, Tereza Rodrigues. Bioética e Biodireito. p. 16.

5 VIEIRA, Tereza Rodrigues. Bioética e Biodireito. p. 16.

especializações, os profissionais da medicina não são autorizados a agirem acima das normas que regem a sociedade, sob pena de ferir os princípios fundamentais assegurados pela Constituição Federal.

Não obstante, o exercício da medicina por si só, implica na possibilidade de causar dano a outrem, diretamente inerente ao ato médico, cuja preocupação se concentra numa série de fatores provenientes das consequências provenientes de seus atos.

Ora, o erro é uma condição humana, estabelecida pela natureza humana, estando o médico sujeito ao erro, por mais que seja especializado na área, carecendo de uma conscientização aguçada, a fim de tornar o profissional prudente em suas ações, uma vez que o diploma de médico não é sinônimo de impunidade, devendo ser responsabilizados pelos atos danosos.

O médico deve assumir o compromisso de se responsabilizar pelos danos causados a seus pacientes, sendo a responsabilidade civil, um importante instituto que elenca os requisitos necessários para identificar quando ocorre a responsabilidade de um médico quanto a prática lesiva de seus atos no exercício da profissão, decorrentes de negligência, imperícia ou imprudência.

No tocante, têm-se que erros médicos acontecem com frequência, sendo a segunda causa de morte mais comum no Brasil. Para caracterizar o erro é preciso identificar se a obrigação do profissional era de meio ou de resultado. Na obrigação de meio o médico é impossibilitado de garantir resultado, já na obrigação de resultado, o médico tem a obrigação de cumprir com o acordado.

Nessa baila, muito além das intervenções humanas do médico na saúde das pessoas, os cientistas também responderão por intervenções sobre a pessoa que venham a atingir a vida e a integridade física-mental, devido ao fato de estarem subordinados aos princípios éticos e humanos.

As práticas médicas e científicas, trazem dia a dia diversos benefícios para a humanidade, porém, atos lesivos e a falta de zelo com a profissão, colocam em risco de forma perigosa e imprevisível os limites éticos da dignidade da pessoa humana, bem como os princípios fundamentais impostos pela Constituição Federal.

## 4 | CONCLUSÃO

Em face do exposto, tem-se que as novas descobertas em relação a engenharia genética traz novos paradigmas envolvendo questões éticas, médicas, sociais, jurídicas e acadêmicas, necessidade de um debate profundo a respeito dos parâmetros de intervenção médica na vida humana, tendo em vista o passado nebuloso em si tratando de experimentos humanos e o avançar da tecnologia e da medicina, tendo a bioética como uma disciplina específica a fim de regular essas questões.

À vista disso, o artigo apresenta os princípios fundamentais, como direitos sociais

e políticos diretamente relacionados aos interesses e necessidades de caráter pessoal da população, devendo o médico, no exercício de suas funções, zelar pela preservação da vida e pelos princípios basilares consagrados pela Constituição Federal.

Ressalta-se que a medicina, possui nobres objetivos e é uma atividade essencial para desenvolvimento da sociedade e da valorização da vida, devendo ser exercida com zelo, responsabilidade e cautela no exercício da atividade, não sendo permitida ações acima do que está positivado.

Sendo assim, conclui-se que a bioética é um importante seguimento que veio para auxiliar nos avanços da sociedade humana, colocando em evidência a existência dos princípios fundamentais a serem seguidos ante a grande evolução da medicina e a necessidade do respeito a dignidade da pessoa humana.

## REFERÊNCIAS

BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 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: 01 abr. 2021.

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

DIMOULIS, Dimitri. Teoria geral dos direitos fundamentais / Dimitri Dimoulis e Leonardo Martins. - São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2007.

DINIZ, Maria Helena. O estado atual do biodireito. 2.ed. aum. e atual. de acordo com o novo Código Civil (Lei n. 10.406, de 10-01- 2002). São Paulo: Saraiva, 2002. p. 09.

DRUMOND, José Geraldo de Freitas. Bioética e direito médico: o princípio da beneficência na responsabilidade civil do médico. Unimontes científica. Montes Claros, v.1, n.1, mar/2001.

FEIO, Ana e Oliveira, Clara Costa. Confluências e divergências conceituais em educação em saúde. Saúde e Sociedade [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado 10 Abril 2021], pp. 703-715. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200024>>. ISSN 1984-0470.

KIPPER, D. J. e CLOTET, J. Princípios da beneficência e não-maleficência. In: COSTA, S I. et al. Iniciação à Bioética. Brasília – (DF): Conselho Federal de Medicina, 1998. P. 37-51. LACASSAGNE, A. Précis de Médecin Legale., Paris: Masson Editeurs 1906.

PANASCO, Wanderby Lacerda. A Responsabilidade Civil, penal e ética dos Médicos. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

# CAPÍTULO 9

## FORMAS E MODELOS DE FINANCIAMENTO DOS GASTOS EM SAÚDE DA ALA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA EM UM HOSPITAL NO MUNICÍPIO DE ARAGUARI, MINAS GERAIS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 11/03/2021

### **Alessandra Jacó Yamamoto**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/8924377566457683>

### **Arthur Carvalho Faria**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3261916550081799>

### **Clara Bensemam Gontijo Pereira**

Faculdade de Medicina da Pontifícia  
Universidade Católica de Minas Gerais – PUC  
Contagem – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/7534284194399565>

### **Giulia Manuella Resende e Almeida**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/5009826454722413>

### **Jhonatan Pereira Castro**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/7208668977474232>

### **Káliston de Moura Torres**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6909981022202310>

### **Letícia Alves Bueno**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/5616895174409755>

### **Luiza Bensemam Gontijo Pereira**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6341242615679899>

### **Lucas Ferreira**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/2247866259462074>

### **Maria Laura Diniz Faleiros**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6457786348242512>

### **Nathália Borges de Paiva**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/3573675522580488>

### **Paula Fleury Jubé Leal**

Faculdade de Medicina do Centro Universitário  
IMEPAC – Araguari  
Araguari – Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/1927048301861475>

**RESUMO: Introdução:** o financiamento das políticas de saúde tem se destacado como

matéria relevante do ponto de vista econômico. **Objetivo:** conhecer e analisar as formas e modelos de financiamento dos gastos com saúde da ala de Ginecologia e Obstetrícia em um Hospital no município de Araguari - Minas Gerais, que apresenta organização público-privada.

**Metodologia:** estudo epidemiológico descritivo ecológico com abordagem quali-quantitativa.

**Resultados e discussão:** o Hospital conta com 104 leitos no total, sendo 81,57% (93) leitos SUS e 18,42% (21) leitos particulares. Dentre os 93 leitos SUS, 13,97% (13) são destinados à Ginecologia e Obstetrícia. Em média, são realizados por mês 110 partos, sendo 71 partos normais e 39 cesáreas. Com relação ao financiamento desses procedimentos, o SUS repassa o valor de R\$ 443,40 pelo parto normal; R\$ 617,19 pelo parto normal em gestação de alto risco; R\$ 545,73 pelo parto cesárea SUS e; R\$ 890,94 pelo parto cesárea em gestação de alto risco. Ainda, o hospital conta com recursos oriundos de instituições particulares, que são os responsáveis diretos pelos pagamentos de despesas em geral. Na modalidade privada, o hospital recebe R\$ 1600,00 pelo parto particular. Além disso, o hospital atende convênios de saúde, os quais repassam a quantia de R\$ 1815,00 (enfermaria) e R\$ 1945,00 (apartamento). **Conclusão:** conclui-se assim, a importância da apuração dos dados financeiros do hospital para proporcionar um planejamento com maior produtividade e harmonia no ambiente de trabalho.

**PALAVRAS-CHAVE:** Financiamento em saúde; modelos de financiamento em saúde; gestão hospitalar; gestão de custo.

## WAYS AND MODELS OF FINANCING THE EXPENSES WITH THE GYNECOLOGY AND OBSTETRICS WARD GERAISIN A HOSPITAL LOCATED IN ARAGUARI CITY – MINAS GERAIS STATE

**ABSTRACT: Introduction:** The financing of health policies has been standing out as a relevant issue from the economic point of view. **Objective:** to know and to analyze ways and models of financing the expenses with the Gynecology and Obstetrics ward in a Hospital located in Araguari City - Minas Gerais State, Brazil, which presents a public-private organization.

**Methodology:** A descriptive epidemiological ecological study with a qualitative-quantitative approach. **Results and discussion:** The hospital has 104 beds, of which 81.57% (93) belong to Brazil's Unified Health System (SUS) beds and 18.42% (21) are private beds. Among the 93 public system beds, 13.97% (13) are dedicated to Gynecology and Obstetrics. On average, 110 deliveries are performed per month, 71 of them being vaginal births and 39 being cesarean sections. Regarding the financing of these procedures, SUS pays the amount of R\$ 443.40 per vaginal birth; R\$ 617.19 per vaginal birth in high-risk pregnancies; R\$ 545.73 per cesarean delivery and R\$ 890.94 per cesarean delivery in high-risk pregnancies. In addition to this, the hospital receives funds from private institutions, which are directly responsible for the payment of expenses in general. In the private system, the hospital receives R\$ 1600.00 per delivery. In addition, the hospital accepts health insurance plans, which pay the amount of R\$ 1815.00 (ward) and R\$ 1945.00 (hospital room). **Conclusion:** The numbers demonstrate the importance of analyzing the hospital's financial data to achieve greater productivity and harmony at work through financial planning.

**KEYWORDS:** Health financing; health financing models; hospital management; cost management.

## 1 | INTRODUÇÃO

O financiamento das políticas de saúde tem se destacado como matéria relevante do ponto de vista econômico há pouco tempo. Até a década de 30, as funções do Estado eram relativamente pequenas e a questão do financiamento da saúde estava voltada às ações de saneamento e combate a endemias. Os mecanismos de assistência médica, que em geral consomem a maior parte dos gastos com saúde, não estavam propriamente no aparelho do Estado, na medida em que eram financiados pelos próprios consumidores de serviços de saúde, por instituições filantrópicas ou por fundos de previdência social, formados por contribuições de empresas, trabalhadores e, em menor proporção, por recursos públicos.

As estruturas de assistência médica passam a fazer parte das atribuições financeiras do Estado somente após a II Guerra Mundial, quando a política social deixa de ser calcada no universo do trabalho para se tornar universal, isto é, estendida a todos enquanto atributo da cidadania. É a partir dos anos 50 e 60 que os gastos públicos com saúde passam a crescer em largas proporções, especialmente no conjunto das economias desenvolvidas. A Constituição Federal de 1988, ao criar a Seguridade Social, estabeleceu que ela deveria ser financiada com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e de contribuições sociais. Esses recursos, no âmbito do Governo Federal, seriam divididos entre a Previdência, a Assistência Social e a Saúde.

“A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema *Único* de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais que compõem o Orçamento da Seguridade Social e dez por cento da receita resultante dos impostos. [...] Os Estados, o DF e os municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema *Único* de Saúde, nunca menos de 10% das receitas resultantes dos impostos.” (BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Senado Federal, 1988).

No Brasil o sistema de saúde é pluralista tanto em termos institucionais quanto de fontes de financiamento e de modalidades de atenção à saúde. Essa pluralidade se expressa em quatro vias básicas de acesso da população aos serviços de saúde: (i) o Sistema Único de Saúde (SUS), de acesso universal, gratuito e financiado exclusivamente com recursos públicos (impostos e contribuições sociais); (ii) o segmento de planos e seguros privados de saúde, de vinculação eletiva, financiado com recursos das famílias e/ou dos empregadores; (iii) o segmento de atenção aos servidores públicos, civis e militares e seus dependentes, de acesso restrito a essa clientela, financiado com recursos públicos e dos próprios beneficiários, em geral atendidos na rede privada; (iv) o segmento de provedores privados autônomos de saúde, de acesso direto mediante pagamento no ato (TURATO, 2005).



## 2 | OBJETIVO

Conhecer e analisar as formas e modelos de financiamento dos gastos com saúde da ala de Ginecologia e Obstetrícia em um Hospital no município de Araguari, Minas Gerais.

## 3 | REVISÃO DE LITERATURA

O financiamento do SUS, definido pela CF 1988, em seu artigo 198, alterado pela Emenda Constitucional n. 29/2000, é competência dos três entes federados – União, estados e municípios, assegurado por recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS) e do orçamento fiscal e contribuições, tendo neste, o grande aporte de recurso (CONASS, 2015).

O financiamento tem se constituído numa preocupação permanente dos gestores e de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde, tornando-se tema constante em todas as discussões das instâncias gestoras (CONASS, 2011).

No nível federal do SUS, responsável historicamente pelo aporte de mais de 75% dos recursos financeiros setoriais, (hoje reduzidos a 50% por conta das vinculações pela EC 29 de recursos de estados e municípios), já existe a quase completa separação das funções de financiamento e provisão de serviços. Subsiste, entretanto uma relação de concorrência entre os segmentos público e privado, com superposição entre clientela, tudo isso reforçando a necessidade de articulação entre os dois campos (DAIN, 2007).

As relações público-privadas no âmbito do SUS levam à constatação de que o sistema de saúde privado de natureza lucrativa está submetido a duas ordens de regulação por parte do setor público, não necessariamente inspiradas na mesma lógica (DAIN, 2007).

Em primeiro lugar, seu desempenho é afetado diretamente pelas tabelas de remuneração de procedimentos e demais custos definidos ou influenciados pelo SUS, como medicamentos, matérias hospitalares, salários de profissionais de saúde, etc., sem esquecer os investimentos diretos da órbita pública na rede própria e paraestatal, com impacto na oferta de serviços (DAIN, 2007).

De outra parte, a regulação imposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) aos prestadores e operadores de saúde vem antecipando a necessidade de desenvolver ações de contratualização entre operadoras, hospitais, clínicas ambulatoriais e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia, discutidas com a Agência a partir de 2004 (DAIN, 2007).

Ao consolidar todas as fontes de financiamento da atenção à saúde no Brasil, as fontes privadas superam as públicas, sendo também elevada a participação do gasto direto das famílias com assistência à saúde, mesmo se excluídas as despesas com o pagamento de mensalidades de planos de saúde pelas famílias (DAIN, 2007).

Por suas características históricas, a prestação de serviços hospitalares com

financiamento público no Brasil vem operando predominantemente através de terceiros, sejam estas empresas privadas lucrativas, entidades beneficentes e filantrópicas, ou, ainda, hospitais universitários e de ensino (DAIN, 2007).

Os incentivos tributários, ou renúncia de arrecadação, pelos quais o setor público financia indiretamente o setor privado, não tornam imediatamente evidentes os setores e ações beneficiadas por tais despesas tributárias, evitando enfrentamentos frontais e uma real explicitação das prioridades de gasto público. Em sociedades muito desiguais como o Brasil, esta estratégia pode abrigar uma escolha trágica e silenciosa entre os que terão acesso a serviços e os que serão mais uma vez excluídos (DAIN, 2007).

Os hospitais são classificados em entidades com fins lucrativos e sem fins lucrativos. Nas empresas hospitalares de fins lucrativos, a eficiência administrativa é avaliada pela busca das receitas e riqueza dos proprietários. A otimização de lucros visa remunerar o capital investido a uma taxa satisfatória. As empresas hospitalares sem fins lucrativos não devem obter lucro; não lucrativo não significa que o hospital não possa obter lucro, mas sim que nenhuma parte dos lucros líquidos possa ser dirigida em benefício de qualquer cidadão (ARAÚJO, 2012).

A diferença entre empresas hospitalares com fins lucrativos e sem esta finalidade reside no fato de que a performance da administração das primeiras é avaliada pela capacidade de remunerar a uma taxa ótima o capital investido, embora imbuídas do objetivo social inerente a todos os hospitais. Quanto às segundas, procuram manter os serviços dentro de padrões razoáveis na comunidade, sem a preocupação de remunerar o capital investido, mas desejando um crescimento satisfatório para a melhoria dos serviços e atender a demanda crescente da comunidade (ALMEIDA, 1987).

Pode-se classificar os custos com relação à sua variabilidade (fixos e variáveis) e à sua facilidade de alocação com o produto ou serviço (diretos e indiretos). No que diz respeito à variabilidade, denominam-se custos variáveis todos aqueles que se alteram na proporção direta com a quantidade produzida. Pode-se citar como exemplo, na organização hospitalar, o número de exames realizados no serviço de radiologia, medicamentos, materiais para atividades, entre outros. Os custos fixos, ao contrário, permanecem inalterados, apesar da variação na quantidade produzida, como por exemplo a energia elétrica gasta com a iluminação do laboratório de análises clínicas, a depreciação e o imposto predial, dentre outros (ABBAS, 2001).

Consideram-se custos diretos todos aqueles aplicados diretamente ao produto ou serviço. Na maioria das vezes, são facilmente identificados e sua alocação ao produto/serviço não apresenta dificuldades. Considerando como exemplo o ato cirúrgico, em uma organização hospitalar, são custos diretos os salários com funcionários, os medicamentos, os materiais descartáveis e os gases medicinais, dentre outros. São custos indiretos todos aqueles que não estão diretamente relacionados com o produto ou serviço. São alocados aos produtos/serviços, através de 20 estimativas, ou rateios, ou ainda através

de rastreamentos. A alocação dos custos indiretos aos produtos se dá através de métodos de custeio. Os exemplos mais comuns são água, energia elétrica, seguros, aluguéis, depreciações, impostos, mão-de-obra indireta (ABBAS, 2001).

No ambiente hospitalar, a verificação de custos é de grande complexidade devido à heterogeneidade de “produtos” oferecidos aos “consumidores”, sendo que, nos hospitais universitários e de ensino, essa heterogeneidade é ainda maior, devido ao consumo de recursos com três propósitos: o atendimento à população, o ensino dos futuros profissionais da saúde e as pesquisas acadêmicas nas diversas áreas da saúde (ZULIANI, 2012).

As estratégias de avaliação da qualidade em saúde possuem três enfoques: estrutura, processo e resultados. A abordagem da estrutura considera os recursos necessários para o processo assistencial, a adequação das instalações e dos equipamentos, a estrutura administrativa e organização fiscal, a qualificação da equipe médica e da organização, sistemas de informações e instrumentos normativos técnico-administrativos. Uma estrutura adequada possibilita um bom desempenho nas áreas de processo e de resultados. Isso demonstra a importância da administração adequada dos recursos materiais e financeiros, para que não haja interferência negativa nos outros enfoques e para que o serviço prestado seja de qualidade (ZULIANI, 2012).

A crise política e econômica mundial dos últimos anos também repercutiu no Brasil e tornou a gestão de serviços de saúde um desafio ainda maior. Os avanços da tecnologia e de insumos na indústria farmacêutica e de materiais e de equipamentos geraram aumento dos gastos, insuficiência de recursos e dificuldades de controle (ZULIANI, 2012).

Os tratamentos em UTI impõem encargos que consomem entre 5 e 30% dos recursos de um hospital. Já os gastos com medicações consomem um recurso financeiro maior, seguido da remuneração dos funcionários e da realização de exames complementares. O valor despendido com pacientes em uma UTI é diferenciado de acordo com o quadro clínico e gravidade das suas doenças (ZULIANI, 2012).

O desafio na gestão de custos em saúde é adotar medidas racionalizadas, para equilibrar a qualidade dos serviços prestados com as limitações orçamentárias, que são frequentes. O gerenciamento de custos na assistência em saúde é um processo administrativo de tomada de decisão, na busca de eficiente racionalização na alocação de recursos disponíveis, respeitando tanto as necessidades da clientela quanto as finalidades institucionais (ZULIANI, 2012).

Do ponto de vista da necessidade incontornável da população por mais e melhores ações e serviços públicos de saúde, é essencial que o SUS possa alcançar novo patamar de gastos, compatível com a superação dos vazios sanitários e com as desigualdades regionais e setoriais que ainda caracterizam o acesso e a utilização de serviços produzidos pelo sistema. No marco dos avanços do SUS, é importante ressaltar as tendências de conformação de novos padrões de financiamento da Saúde, caracterizados pela combinação de financiamento público, universalização do acesso e aperfeiçoamento da

gestão com uma provisão autônoma, indiferentemente estatal e/ou privada dos serviços (DAIN, 2007).

## 4 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo do tipo ecológico, com abordagem quali-quantitativa, a ser realizado em um Hospital do município de Araguari, Minas Gerais.

Por motivos de confidencialidade, a instituição será aqui apresentada sob o codinome Hospital ou Instituição. Trata-se de uma organização público-privada que tem caráter aberto e geral (atendimento a todo tipo de público e de doenças). Esse hospital foi escolhido devido à disponibilidade e ao interesse do gestor do local em compartilhar informações sobre as formas e modelos de financiamento da ala de Ginecologia e Obstetrícia da Instituição.

Para acesso aos documentos e informações das formas de financiamento da instituição, o responsável do departamento financeiro fornecerá planilha com as devidas discriminações financeiras.

Por ser um estudo com análise de dados secundários, os riscos de perdas são inerentes à organização dos documentos na instituição.

Para a realização da pesquisa, a coleta de dados ocorrerá por meio de pesquisa e análise documental, além de pesquisas em arquivos e entrevistas semiestruturadas realizadas com o gestor do departamento financeiro da instituição, a serem realizadas durante os meses de outubro de 2018 a dezembro de 2018. Serão realizadas visitas, durante as quais serão levantados dados sobre formas e modelos de financiamento da ala de Ginecologia e Obstetrícia do hospital. Em cada visita, realizar-se-á entrevistas, observação e pesquisa em documentos. Os dados em arquivos de computador serão repassados prontos durante as visitas.

As perguntas terão enfoque quanto ao financiamento. Todas as entrevistas e reuniões serão registradas por meio de gravação em áudio e transcritas na íntegra. As transcrições serão posteriormente examinadas por meio da técnica de análise de conteúdo. Esses textos serviram de complemento para as demais técnicas de coleta de dados empregadas.

Os dados obtidos serão analisados com o auxílio do software Excel®. O tratamento descritivo (por meio de média, desvio-padrão, cálculo de valores relativos), tem como objetivo estabelecer proporções /relações quanto às formas e modelos de financiamento em questão.

Diante disso, os integrantes desse projeto declaram que o sigilo do documento será resguardado, de modo que os valores dos gastos analisados não serão identificados em nenhum momento ao longo do estudo, fazendo uso, portanto, de porcentagens. Ademais, a pesquisa será realizada de acordo com os princípios éticos, devendo haver consentimento da equipe da Diretoria Financeira do Hospital para análise documental.

## 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Hospital conta com 104 leitos no total, sendo 81,57% (93) leitos SUS e 18,42% (21) leitos particulares. Dentre os 93 leitos SUS, 13,97% (13) são destinados à Ginecologia e Obstetrícia. O hospital é habilitado na Atenção Hospitalar de referência à Gestação de Alto Risco Tipo II para o SUS. A instituição é uma associação sem fins lucrativos, devendo pela certificação atender 60% SUS.

Em média, são realizados por mês 110 partos, sendo 71 partos normais e 39 cesáreas. Com relação ao financiamento desses procedimentos, o SUS repassa o valor de R\$ 443,40 pelo parto normal; R\$ 617,19 pelo parto normal em gestação de alto risco; R\$ 545,73 pelo parto cesárea SUS e; R\$ 890,94 pelo parto cesárea em gestação de alto risco.

Ainda, o hospital conta com recursos oriundos de instituições particulares, que são os responsáveis diretos pelos pagamentos de despesas em geral: funcionários, médicos, medicamentos, materiais, energia, alimentação, manutenção de equipamentos e estrutura física. Na modalidade privada, o hospital recebe R\$ 1600,00 pelo parto particular. Além disso, o hospital atende convênios de saúde, os quais repassam a quantia de R\$ 1815,00 (enfermaria) e R\$ 1945,00 (apartamento).

Apesar da instituição ter disponibilizado os valores descritos acima, não foi possível por questões de sigilo financeiro o acesso ao percentual de procedimentos realizados tanto pelo SUS quanto pelo atendimento particular, o que restringiu a obtenção dos valores reais de cada tipo de financiamento (preço x quantidade).

Nesse contexto, a apuração dos custos em estabelecimentos hospitalares é um trabalho complexo que exige, em outras condições, a perfeita delimitação dos centros de custo e um eficiente sistema de informações gerenciais, consequência direta da diversidade dos serviços prestados, principalmente como no caso desta instituição que realiza procedimentos com várias modalidades de financiamento ou convênios.

Também destaca que, em qualquer hospital, o controle de custos visa fundamentalmente determinar e analisar o custo total dos serviços prestados a cada paciente, levando-se em consideração a finalidade do sistema, a apuração e a análise de um hospital, ou seja, o cômputo do custo de cada cliente e de cada tipo de serviço prestado (ABBAS, 2001).

## 6 | CONCLUSÃO

Através do presente estudo foi realizada uma análise dos dados financeiros da ala de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital da cidade de Araguari – MG. Como visto, a instituição conta com fontes variadas de obtenção de financiamento, nesse caso a maior parte é advinda do SUS.

Na análise da distribuição de recursos do hospital, há a utilização de uma tabela unificada de procedimentos obtida através do SIGTAP, que guia o processo de sistematização

de dados e alocação de recursos, facilitando a tomada de decisões no âmbito financeiro.

Em virtude dos fatos mencionados conclui-se que a apuração dos dados financeiros do hospital em questão é um processo complexo devido à diversidade de serviços prestados, somado a isso, nota-se a importância em avaliar tais custos e proporcionar com esse planejamento maior produtividade e harmonia no ambiente de trabalho.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, Katia et al. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Florianópolis: UFSC, 2001. Disponível em: < <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/79577> > Acesso em: 12/10/2018.

ALMEIDA, José Jesus de. **Sistemas de custos em organizações hospitalares – estudo de casos**. Rio de Janeiro: ISEC/FGV, 1987. Disponível em: < <https://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/9168> >. Acesso em: 12/10/2018.

ARAÚJO, Antônio. **A importância da qualidade para o retorno financeiro hospitalar**. Disponível em: < [http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/R200732.pdf](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/R200732.pdf) >. Acesso em 12/10/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133 p. Disponível em: < <http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-GESTAO-DO-SUS.pdf> >. Acesso em 11/10/2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O Financiamento da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 124 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 2). Disponível em: < [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_2.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_2.pdf) >. Acesso em 11 de outubro de 2018.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988). Disponível em: < [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf) > Acesso em: 08/10/2018.

DAIN, Sulamis. **Os vários mundos do financiamento da Saúde no Brasil: uma tentativa de integração**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1851-1864, Nov. 2007. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700008&lng=en&nrm=iso) >. Acesso em 12/10/2018.

MEDICI, A. C. **Aspectos teóricos e conceituais do financiamento das políticas de saúde**. Economia da saúde: conceitos e contribuição para a gestão em saúde, v. 3, p. 23-68, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios**. Estudos avançados, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142013000200003&script=sci_arttext) > Acesso em: 10/10/2018.

PIOLA, S. F et al. **Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em, v. 2030, p. 19-70, 2013.

TURATO, Egberto Ribeiro. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa**. Revista de Saúde pública, v. 39, p. 507-514, 2005.

ZULIANI, Larissa Lenotti et al . **Consumo e custo de recursos materiais em unidades pediátricas de terapia intensiva e semi-intensiva.** *Rev. bras. enferm.* Brasília , v. 65, n. 6, p. 969-976, Dec. 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672012000600013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000600013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12/10/2018.

ZULIANI, Larissa Lenotti; JERICO, Marli de Carvalho. **Estudo comparativo do consumo e gasto com medicamentos em Unidades Pediátricas de Terapia Intensiva e Semi-intensiva.** *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 30, n. 1, p. 107-115, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-05822012000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 12/10/2018.

# CAPÍTULO 10

## IMPACTO NA SAÚDE DAS PESSOAS E A IMPLANTAÇÃO DA SALA SITUACIONAL EM UMA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF): RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 08/03/2021*

### **Roberta Coelho de Marco**

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
Governador Valadares- Minas Gerais  
<http://lattes.cnpq.br/6472449894327087>

### **Laura Lima Vargas**

Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade  
Governador Valadares-MG  
<http://lattes.cnpq.br/8903903804970675>

### **Marta Pereira Coelho**

Departamento de Ciências da Saúde -  
Universidade Federal do Espírito Santo  
São Mateus- Espírito Santo  
<http://lattes.cnpq.br/1675633892641935>

**RESUMO: objetivo:** relatar o impacto da implantação da Sala Situacional na saúde das pessoas e comunidade como uma ferramenta de análise social e epidemiológica de uma área. **Metodologia:** Relato de experiência, de natureza quantitativa descritiva longitudinal, tendo como cenário a Sala Situacional desenvolvida na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de município do leste de Minas Gerais, desenvolvido em março de 2018 a julho de 2019 após capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS e levantamento da população atendida. **Resultados e Discussão:** ESF localiza-se na região central do município,

e atende a 1968 pessoas. Resultados foram discutidos em Sala Situacional, conceituada como espaço físico e virtual que permite a disposição de dados locais, para discussão e análise. 25,3% da população adscrita é idosa, Das 19 gestantes em acompanhamento, apenas 4 começaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre, prevalência muito abaixo da média nacional, O número de crianças menores que um ano de idade é menor que a nacional, mas ainda é uma população que merece acompanhamento especial da ESF. A hipertensão e o diabetes acometem, respectivamente, a 19,7% e 4,7% da população estudada., valores muito abaixo das estimativas nacionais A prevalência de infecção pelo HIV é de 0,1% contrasta com a prevalência de 0,4% no Brasil. A hanseníase e a tuberculose não possuem estimativas de prevalência contundentes, são doenças curáveis e dependem da notificação na computação dos dados. Impactam o território estudado em menor. **Considerações finais:** A Sala Situacional vivenciada e implantada permitiu a análise da realidade sócio demográfica e epidemiológica da população e mudança considerável da melhoria da saúde das pessoas atendidas, além de ser uma ferramenta de baixo custo para a gestão do território.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde. Gestão em Saúde. Promoção da Saúde. Diagnóstico da Situação de Saúde.



## IMPACT ON PEOPLE'S HEALTH AND THE IMPLEMENTATION OF THE SITUATIONAL ROOM IN A FAMILY HEALTH STRATEGY UNIT (ESF): EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT: objective:** to report the impact of the implementation of the Situational Room on the health of people and the community as a tool for the social and epidemiological analysis of an area. **Methodology:** Experience report, of quantitative descriptive, longitudinal nature, with the setting of the Situational Room developed in the Family Health Strategy (ESF) of the municipality of eastern Minas Gerais, developed in March 2018 to July 2019 after training of Community Agents of Health (CHA and survey of the population served. Results and Discussion: ESF is located in the central region of the city, and serves 1968 people. **Results were discussed** in a Situational Room, conceptualized as a physical and virtual space that allows the provision of data for discussion and analysis 25.3% of the registered population is elderly, Of the 19 pregnant women being monitored, only 4 started prenatal care in the first trimester, a prevalence well below the national average, The number of children under one year old age is lower than the national, but it is still a population that deserves special FHS monitoring. Hypertension and diabetes affect, respectively, 19.7% and 4.7% of the population studied., values well below national estimates The prevalence of HIV infection is 0.1%, in contrast to the prevalence of 0.4% in Brazil. Leprosy and tuberculosis do not have compelling prevalence estimates, they are curable diseases and depend on notification in data computation. They impact the studied territory to a lesser extent. **Final considerations:** The Situational Room experienced and implemented allowed the analysis of the population's sociodemographic and epidemiological reality and a considerable change in the improvement of the health of the people served, in addition to being a low cost tool for the management of the territory. **KEYWORDS:** Primary Health Care. Health Management. Health Promotion. Health Situation Diagnosis.

### 1 | INTRODUÇÃO

Saúde é direito de todos e dever do Estado, de acordo com a Constituição Federal de 1988 (CF-88). Então a partir daí criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornou um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, que realiza um simples atendimento como aferir glicemia capilar até um procedimento mais complexo como transplante de órgãos, assegurando um acesso gratuito, universal e integral para toda população do país. Antes da CF-88, o sistema público de saúde atendia apenas trabalhadores que eram vinculados à Previdência Social, naquela época aproximadamente 30 milhões de pessoas tinham acesso aos serviços hospitalares, restando para os demais não vinculados a Previdência Social o atendimento as entidades filantrópicas (BRASIL, 1988).

Com a criação do SUS permitiu-se um acesso universal ao sistema público de saúde, sem exclusão de classes ou categorias. Passou então a ser direito de todos os brasileiros a atenção integral a saúde, da gestação e durante toda vida, visando uma saúde com qualidade de vida. A CF-88 e posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde, de nº 8.080,

de 19 de setembro de 1990, intensificaram debates no contexto de que saúde não seria apenas a ausência da doença, mas também a qualidade de vida desses indivíduos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem se estabelecido como estratégia prioritária para assistência à saúde desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, emitida pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, na antiga União Soviética. A Declaração se tornou, então, um marco para a saúde pública no século XX (STARFIELD, 2002).

Em países de grandes diversidades e dimensões territoriais, é estratégico se utilizar a APS como estruturadora do cuidado em saúde, pois o serviço se aproxima da realidade de cada território (STARFIELD, 2002). Descentralizar o planejamento em saúde dá à APS a capacidade de resolver entre 80 e 90% dos problemas de saúde de determinada população (BRASIL, 2011).

Entretanto, para alcançar essas taxas de resolubilidade, a atenção primária deve ser dotada de governabilidade sobre o seu território. Entender os problemas de saúde e desenhar operações que estrategicamente os enfrentem é essencial para alcançar as metas estabelecidas pela equipe. Nessa ótica, o ator, a situação e a ação compõem um processo intrincado de planejamento (UFSC, 2013). Uma forma consagrada de se compreender a realidade local e trabalhar com as informações do território é a implantação de Salas Situacionais, onde a situação de saúde de determinada localidade é discutida em equipe (OPAS, 2010).

A Sala Situacional pode ser compreendida como “um instrumento de análise das condições de saúde de uma comunidade que fornece informações para a elaboração de diagnósticos situacionais” (FEITOSA *et al*, 2014, p.2166). Trata-se de uma ferramenta para analisar as informações de determinado território objetivando auxiliar a tomada de decisões, a geração de conhecimento, o gerenciamento das ações e a transmissão de informações para a população (FEITOSA *et al*, 2014).

A sistematização das informações proporcionada pela aplicação da Sala Situacional independe da utilização de sistemas eletrônicos, sendo passível de implantação em diversas situações. Essa praticidade facilita sua aplicação no contexto das ESF, por possibilitar uma melhor compreensão do território e maior resolubilidade do trabalho da Estratégia, ao guiar as ações que serão adotadas (FEITOSA *et al*, 2014).

Este relato após intervenção proposta se justifica corroborando com os estudos que analisam a implantação das Salas em diferentes contextos na América Latina, onde destacam que a utilização correta das informações no processo de decisão em Saúde proporciona inovações que contribuem para a melhoria da qualidade da atenção (OPAS, 2010).

Assim sendo, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência dos resultados da implantação de uma Sala Situacional desenvolvida em uma ESF de um município do leste de Minas Gerais, cuja implantação teve como resultado esperado a redução das

principais complicações de comorbidades e situações sensíveis a ações preventivas na APS.

Entre os meses do ano de 2018, realizou-se uma pesquisa nas bases de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), com recorte temporal de 2009 a 2019, utilizando os seguintes Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DECS/MeSH): 1. Atenção primária à saúde; 2. Gestão em saúde; 3. Análise situacional; 4. Promoção da saúde. A busca foi realizada agrupando os descritores em duplas em combinação com os dois primeiros descritores, definidos como chaves.

Este estudo é relevante por ser inédito o tema na área, visto que não foi encontrado na literatura número considerável de trabalhos acadêmicos com tal temática, ou seja, sala situacional, além de estar em consonância com Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa na área da saúde (MS, 2018).

Assim, a pesquisa em saúde no Brasil apresenta demandas específicas de acordo com o perfil epidemiológico do país, que se caracteriza pela presença de problemas persistentes, incluindo doenças tropicais e negligenciadas, epidemias emergentes e doenças crônicas não-transmissíveis.

Dessa forma, a definição de prioridades de pesquisa em saúde é uma tarefa difícil, especialmente porque as necessidades de investimentos em saúde são inúmeras e os recursos para enfrenta-las são limitados.

No entanto, identificá-las é fundamental para potencializar a utilização dos investimentos ao direcionar de forma responsável os recursos públicos para atender às necessidades da população (MS,2018).

## **1.1 A Estratégia de Saúde da Família**

A ESF incorpora nos princípios do SUS e aponta um novo paradigma na atenção à saúde, com novas diretrizes que muda a forma de criar ações e serviços de saúde, na expectativa de mudar e converter o modelo assistencial mecanicista e biomédico (SOUZA et al., 2008).

Assim, desde que foi implementado, o ESF se compromete a modificar o clássico exemplo sanitário brasileiro médico, curativo, medicamentoso e individual, que tem nos hospitais a ideia de solução para todos e quaisquer problemas de saúde, num modelo de saúde coletiva, que é multiprofissional, voltado para a família e a comunidade (GOMES et al., 2011).

De acordo com a PORTARIA N° 2.488, 2011 a ESF conta com uma equipe multiprofissional onde deve ser composta por no mínimo, um médico generalista ou médico da família e comunidade ou especialista em saúde da família, enfermeiro especialista em

saúde da família ou generalista, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo ser adicionado a essa equipe, profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2011).

## 1.2 Educação em saúde

A educação em saúde é uma ferramenta importante na promoção e proteção da saúde, fazendo-se necessário que a equipe multidisciplinar de saúde que trabalha na Estratégia de Saúde da Família (ESF) invista em metodologias ativas viabilizadoras de práticas que possam auxiliar na emancipação de seus usuários, como a educação em saúde que ajuda no empoderamento do usuário em relação ao cuidado com sua saúde.

As ações educativas, devem ser construídas e pautadas no dialógico e na troca de experiências, promovendo a valorização do saber do educando e instrumentalizando-o para a autonomia e para a transformação da sua realidade de vida e saúde (ALVES; AERTS, 2011).

Assim sendo, Freire (2011) afirma que educar não é transferir conhecimento, mas criar possibilidades para a sua própria produção ou construção. Os envolvidos no processo educativo devem se pautar no testemunho de vida e não na mera transferência de conhecimentos; do contrário, não há aprendizado. A autonomia, a dignidade e a identidade do educando têm de ser respeitadas, caso contrário, o ensino se tornará vazio e sem significado.

A atividade educativa é uma atribuição dos profissionais dentro da ESF e também está pactuada com as leis que norteiam o SUS, assim como as leis do exercício profissional destes que ali desempenham suas funções. Esses profissionais devem ser capazes de atuar com ética e assim, contribuir para a melhoria da saúde da população., criando vínculo com responsabilização e resolutividade (MERHY, 2004).

O vínculo é algo passível de ser construído, mas que também pode ser desconstruído – ou nunca ser alcançado – e que, portanto, precisa ser cuidado. Nesse sentido, vínculo é algo que só se constrói se o outro também quiser, se ambos se considerarem “interlocutores válidos”, ou seja, se assumirem uma postura ética de enxergar o outro da relação como alguém com quem há de se estabelecer pactuações (SLOMP *et al*; 2015; SEIXAS *et al*, 2016a), que tem necessidades, desejos, expectativas e um saber que, na maioria das vezes, é diferente do seu, sendo que isso enriquece a prática (SEIXAS *et al*, 2016a). A partir desse reconhecimento, torna-se possível o compartilhamento de projetos terapêuticos no espaço do entre desejos de usuários e trabalhadores (SEIXAS *et al*, 2016b).

Para que uma prática educativa se concretize, é necessária a adoção de concepções pedagógicas de cunho transformador, libertadora, multicultural e voltada para as necessidades da sociedade (BRASIL, 2003). Uma das grandes dificuldades do trabalho do médico como educador é a sobreposição das atividades assistenciais e gerenciais que assumem no contexto da ESF deixando de realizar atividades educativas tão importantes no processo de prevenção e promoção da saúde.

Nesse sentido, a ação educativa desenvolvida pelos profissionais na ESF deve propiciar uma reflexão crítica, ética, estimulando curiosidade, diálogo, escuta e construção do conhecimento compartilhado (ALENCAR, 2006).

Considera-se que a educação em saúde pode ser vista como uma prática integral que pode ser desempenhada em todos os momentos e espaços, entendida como uma atividade que foca a interação entre os diferentes saberes e enfatiza o vínculo com a comunidade.

### **1.3 Análise situacional**

O Planejamento Estratégico Situacional (PES), desenhado pelo economista chileno Carlos Matus, é cada vez mais utilizado na análise dos problemas em saúde, por possibilitar uma abordagem em suas múltiplas dimensões e setores, tanto na análise dos nós críticos como nas propostas de intervenções. O PES traz uma maneira comunicativa e dinâmica de se intervir nos problemas em saúde, adaptando-se adequadamente às realidades locais (RIVERA e ARTMANN, 1999; MANETTI e LEITE, 2016).

Voltando-se para a base estruturadora de um bom PES, faz-se necessário que a equipe de saúde da família conheça sua realidade local. Sistemas de informações locais são imprescindíveis na representação fidedigna dos problemas de saúde de uma população e, sem essa ferramenta, poucas intervenções são feitas com êxito (RIVERA e ARTMANN, 1999). As Salas Situacionais foram debatidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) como ferramentas para o uso dessas informações em saúde na tomada de decisões. Também foram desenvolvidas por Matus, que considerou o PES como a estratégia para se alcançar um objetivo e as Salas Situacionais como ferramentas para a construção do plano (OPAS, 2010).

Conceitualmente, são espaços físicos e virtuais que dispõem as informações para análise da situação de saúde, através de gráficos e mapas, por exemplo. Assim, ao expressar a realidade epidemiológica e sócio-econômico-cultural de um território, possibilitam a tomada de decisões pela equipe, definindo-se prioridades, indicadores e fontes de informação (OPAS, 2010).

Uma Sala Situacional composta por equipes multidisciplinares possui maior impacto de análise, já que determinada situação em saúde é avaliada sob diferentes pontos de vista. Outro potencializador da análise é a utilização de tecnologias que possam subsidiar a exposição e compartilhamento dos dados (OPAS, 2010).

Além disso, as Salas podem ser utilizadas em diferentes níveis de gestão: federal, estadual, regional, municipal e até mesmo local (OPAS, 2010). A Sala de Apoio à Gestão Estratégica (SAGE), do Ministério da Saúde, é um exemplo de Sala Situacional a nível federal (SAGE, 2019), e a Sala Situacional realizada na ESF, um exemplo de análise a nível local.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência que descreve aspectos vivenciados pela autora, na oportunidade de cursar residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Tem natureza quantitativa longitudinal, a partir de métodos descritivos e observacionais. O relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica.

A Sala Situacional relatada neste trabalho ocorreu na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um bairro, em umacidade do leste de Minas Gerais, com aproximadamente 281.046 mil habitantes.

Este bairro está localizado na parte central do município e é um dos mais antigos da cidade e está localizado às margens do Rio Doce. Sua ocupação é prioritariamente residencial, com pequenos comércios, uma Escola Municipal e igrejas de diferentes denominações. A ESF recebe estudantes de diversos cursos de graduação da cidade, como Medicina, Enfermagem, Odontologia, entre outros. Além disso, é coberta por uma equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Este estudo foi realizado no período do mês de julho de 2019, onde foi realizado como recurso de intervenção a Sala Situacional, ocorrida durante uma reunião de equipe na ESF, realizada numa sexta-feira, que contou com a participação de todos os profissionais da equipe. A Sala Situacional abrangeu o nível local de gestão e a metodologia de apresentação das informações utilizadas, envolvendo a utilização de gráficos e tabelas comparativas entre a realidade do território adscrito com a realidade nacional.

Participaram deste relato a equipe da estratégia da saúde da família composta de: um médico, um enfermeiro, quatro agentes comunitários de saúde, um odontólogo, um auxiliar de saúde bucal, um técnico de enfermagem. O desenvolvimento dessa ferramenta se estruturou em três etapas distintas: capacitação da equipe; coleta de dados junto à comunidade; e discussão das informações em uma Sala Situacional.

Anteriormente à intervenção, as informações sobre o território e a população não eram sistematizadas e discutidas em conjunto, mas sim analisadas sob a ótica individual de cada profissional e em cada situação específica que se apresentava. O primeiro passo para a implementação da Sala Situacional envolveu a conscientização da equipe sobre a existência dessa ferramenta e como ela poderia auxiliar as análises e tomada de decisões.

Em seguida foi realizado um treinamento, que objetivou, essencialmente, nivelar os ACS na coleta das informações que seriam discutidas, bem como apresentar o conceito e importância das Salas Situacionais na análise do território. Os quatro agentes dessa ESF foram incluídos no treinamento, de forma que foram capacitados para a realização do levantamento epidemiológico que seria necessário para a realização da Sala Situacional.

Os ACS realizaram um levantamento no território em relação a diversos

agrupamentos de situações de risco e vulnerabilidade populacional.

Os dados analisados na Sala Situacional se referiram a: prevalência de hipertensos; prevalência de diabéticos; prevalência de hipertensos e diabéticos; número de crianças menores que um ano de idade; número de gestantes; número de idosos com idade igual ou superior a 60 anos; e prevalência de pessoas com doenças especiais, especificamente, hanseníase, tuberculose e HIV/AIDS.

Os profissionais da equipe participaram ativamente das discussões, proporcionando uma visão multiprofissional que contribuiu enormemente para a tomada de decisões sobre as ações de saúde que serão desenvolvidas no futuro.

Tal estudo respeitou os aspectos éticos em pesquisas no SUS conforme resoluções 466/12, Resolução 580/18, Norma operacional CNS 001/12 e Resolução 510/16, sendo assim, não houve necessidade de aprovação de Comitê de ética em pesquisas por não tratar-se de pesquisa com seres humanos e sim um relato de experiência com o trabalho desenvolvido na residência médica, ou seja, trabalho com dados secundários.

### **3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO**

A ESF é localizada na região central do município, próximo ao hospital municipal e à policlínica municipal. Divide sua estrutura física com mais outras duas unidades de atenção primária à saúde, que também atendem à região central e seus entornos. O último levantamento feito pelos ACS em relação aos agrupamentos de situações de risco e vulnerabilidade populacional, realizado em julho de 2019, está disposto na tabela 1. Destaca-se que a região adscrita à ESF possui cinco microáreas, estando uma sem cobertura devido ao número de ACS aquém do necessário. Portanto, os resultados da tabela são uma análise da população coberta por agentes. A população adscrita sob cobertura dos ACS é de 1968 habitantes, o que dá uma relação de 492 habitantes para cada agente.

Há um total de 798 pessoas entre 15 e 59 anos, reconhecida como população economicamente ativa, o que corresponde a aproximadamente 40,5% da população coberta pelas ACS. Em relação às gestantes, das 19 que são acompanhadas, apenas quatro iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre.

<b>Indicadores</b>	<b>Número Absoluto</b>	<b>Taxa de prevalência no território</b>
Idoso com 60 anos ou mais	499	25,3%
Gestantes	19	21%
Crianças menores que 1 ano	33	1,7%
Hipertensão	388	19,7%
Diabetes	92	4,7%
Diabetes e hipertensão associados	82	89,1%
Tuberculose	01	0,05%
Infecção pelo HIV	03	0,1%
Hanseníase	00	00

Tabela 1: Número absoluto e prevalência das situações de risco no território adscrito da ESF, Minas Gerais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 3.1 Marcadores epidemiológicos desenvolvidos

Os marcadores epidemiológicos analisados durante a Sala Situacional realizada na ESF compreendem algumas das principais questões de saúde pública do Brasil. Os grupos escolhidos demandam atenção especial da Atenção Básica, o que deve ser traduzido em ações específicas de saúde ou indicadores específicos. Dessa forma, os marcadores epidemiológicos escolhidos para a Sala Situacional foram: idosos com mais de 60 anos, gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre de gestação, crianças menores de um ano, portadores de hipertensão e diabetes e portadores de doenças especiais, especificamente, tuberculose, hanseníase e HIV/AIDS.

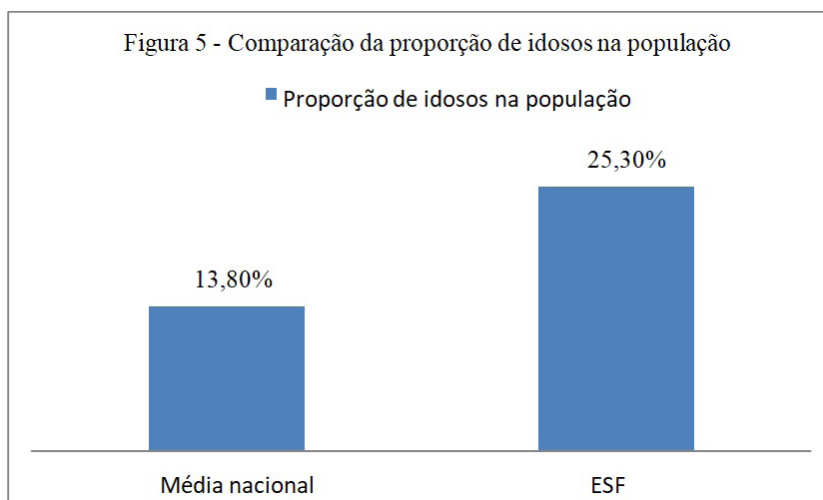
#### 3.1.1 Idosos

Do total da população coberta por ACS na área da ESF, uma fatia de 25,3% é composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, caracterizados como idosos pela Política Nacional do Idoso – PNI (BRASIL, 1994). Muito embora a idade que delimita essa faixa etária esteja em discussão, principalmente após as propostas da Reforma Previdenciária brasileira (CARDOSO *et al.*, 2019), este trabalho optou por seguir a estratificação proposta pela PNI, já que ainda não há conceituação legislativa atualizada sobre a idade de início da terceira idade.

Em nível nacional, os idosos correspondem a 13,8% do total da população, segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) para o ano de 2019



(IBGE, 2018). Nota-se, portanto, que a prevalência de idosos na área adscrita à ESF de estudo chega a quase o dobro da nacional, dotando esta equipe com maior responsabilidade sobre o cuidado dessa população específica. A figura 5 apresenta essa comparação:



Fonte: Elaborado pelo autor.

A transição demográfica brasileira tem resultado no envelhecimento da população, tal como ocorre em muitos outros países. A principal causa para esse fenômeno foi a gradual queda da mortalidade infantil, com conseqüente aumento da expectativa de vida ao nascer. Outros fatores são: aumento da renda; melhorias na agricultura e na oferta de alimentos; melhores infraestruturas urbanas; serviços públicos mais acessíveis; e maior qualidade de vida (CARDOSO *et al.*, 2019).

Por mais que o envelhecimento populacional resulte de melhora global dos determinantes em saúde de uma nação (STARFIELD, 2002), traz consigo algumas conseqüências sociais que devem ser consideradas. Primeiro, há maior número de morbidades, como hipertensão arterial, diabetes e outras doenças crônicas não transmissíveis, que aumentam a probabilidade de um idoso apresentar limitações ou incapacidades funcionais (ALVES *et al.*, 2010). Além disso, os idosos brasileiros geralmente possuem menores níveis de escolaridade e de renda, apresentando outras vulnerabilidades sociais (CARDOSO *et al.*, 2019).

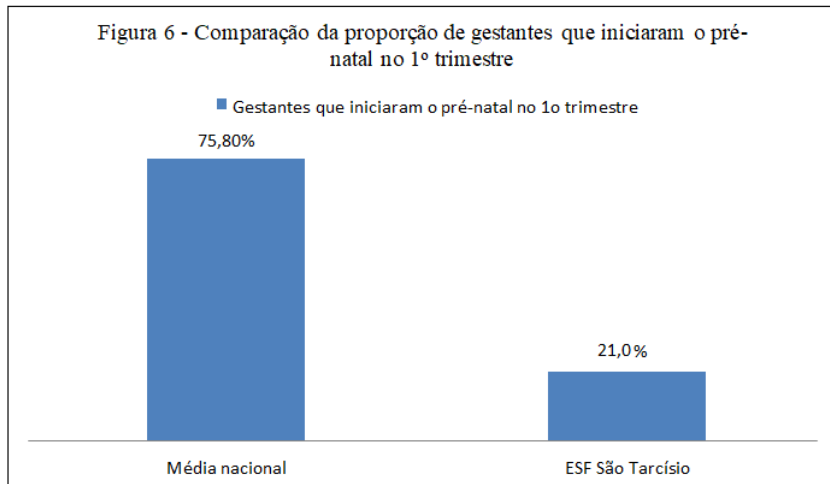
Após essa análise, entende-se que os serviços de atenção primária à saúde devem moldar suas ações para atender às principais demandas de seu território (GUSSO; LOPES, 2012). Estratificar o risco clínico-funcional de seus idosos é uma forma de cuidar melhor dessa população, provendo-a com a integralidade de assistência necessária ao seu bem-estar. Uma ferramenta útil para avaliação desses idosos é o Índice de Vulnerabilidade

Clínico Funcional (IVCF-20), que traz à tona a quantidade de pessoas com mais de 60 anos que necessitam de mais esforços do sistema de saúde (CARMO, 2014). Em nível local, as ESF com muitos idosos podem acompanhá-los com maior eficácia ao utilizar recursos como o proposto.

### 3.1.2 Gestantes

O início precoce do pré-natal é um marcador de qualidade da assistência oferecida às gestantes, assim como o número de consultas (BRASIL, 2012). O início tardio do acompanhamento com a equipe de saúde aumentou as taxas de complicações gestacionais e durante o parto, quando comparadas àquelas com o pré-natal no tempo oportuno (VIELLAS *et al*, 2014).

Na ESF de estudo, apenas 21% das gestantes iniciou o pré-natal ainda no primeiro trimestre, resultado que poderia ser ainda mais desanimador se a microárea descoberta por ACS tivesse sido avaliada. Viellas e colaboradores (2014) analisaram informações do inquérito Nascer no Brasil, realizado em 2011 e 2012, e observaram que 75,8% das gestantes brasileiras iniciaram o pré-natal antes da 16ª semana (VIELLAS *et al*, 2014), resultado muito mais positivo que no território avaliado nessa Sala Situacional. A figura 6 mostra essa comparação:



Fonte: Elaborado pelo autor.

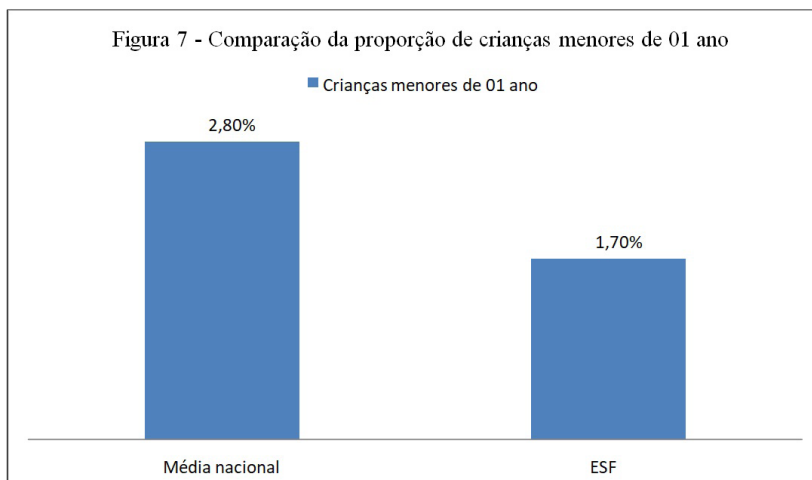
As gestantes com início tardio do pré-natal costumam ser adolescentes, afrodescendentes, solteiras ou com baixa escolaridade. A insatisfação com a gravidez atual, a falta de desejo de engravidar e tentativas mal sucedidas de aborto também são indicadores de risco para o início tardio do acompanhamento (VIELLAS *et al*, 2014). Essas

características, portanto, podem auxiliar as equipes de saúde da família a planejarem o rastreio de mulheres sob o risco de acompanhamento pré-natal tardio e ineficaz.

### 3.1.3 Crianças menores que um ano de idade

Em dissonância com o aumento da expectativa de vida no Brasil, a quantidade de crianças com até um ano de idade apresenta tendência decrescente ao longo dos anos. Em 2010, em torno de 3% da população era composta por essa faixa etária, e as projeções de 2019 mostram uma prevalência ainda menor, em torno de 2,8% (IBGE, 2018).

Na ESF, as taxas são ainda menores que as nacionais, apresentando, em 2019, apenas 33 crianças dessa faixa etária, o que corresponde a aproximadamente 1,7% da população adscrita. Esse fato muda a organização da equipe na atenção primária, visto que mais trabalho é dedicado às situações de vulnerabilidade que afetam a população com maior frequência. A figura 7 explicita essa comparação:



Fonte: Elaborado pelo autor.

Segundo trabalho da Fundação Getúlio Vargas sobre o envelhecimento populacional brasileiro, à medida que há urbanização, desenvolvimento econômico e maior número de mulheres no mercado de trabalho, a taxa de natalidade reduz. O casal de um país em desenvolvimento passa a se satisfazer com poucos filhos, devido às consequências econômicas e familiares de uma prole muito grande (CARDOSO *et al.*, 2019).

Apesar de o contingente de infantes na ESF de estudo ser muito menor que a proporção nacional, essa população ainda deve ser mantida no foco prioritário das equipes de atenção primária. Sabe-se que os esforços do sistema de saúde em prover assistência de qualidade para essa faixa etária são razões para a queda da taxa de mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida brasileira (GUSSO; LOPES, 2012).

A população estudada pode representar uma estimativa proporcional da estrutura etária que o Brasil terá no futuro. A tendência nacional é que haja cada vez menos crianças (prejudicando a reposição da população economicamente ativa), e cada vez mais idosos, que representam tanto longevidade quanto dependência. Fato é que o Brasil ainda passa pelo chamado “bônus demográfico”, com a quantidade de pessoas economicamente ativas superando a quantidade de dependentes (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

### 3.1.4 Hipertensão e Diabetes

As doenças crônicas não transmissíveis têm se tornado uma pandemia, aumentando o número de mortes prematuras, limitações físicas, prejuízos financeiros e iniquidades. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes são as que mais acometem a população brasileira, configurando-se como importantes problemas em saúde pública (FREITAS; GARCIA, 2012).

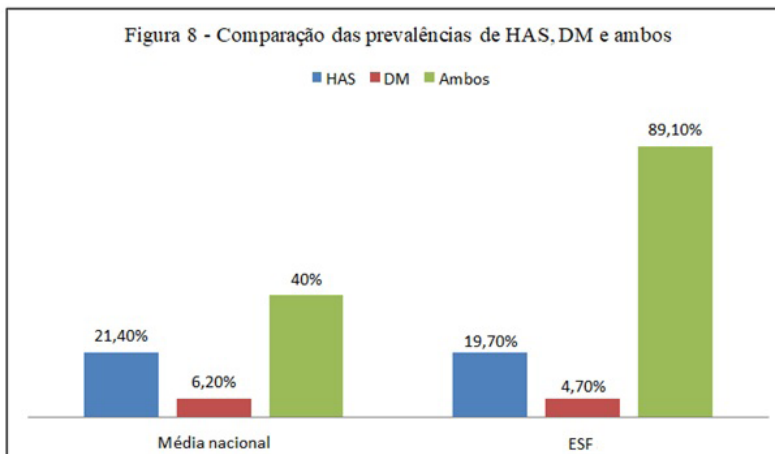
Ambas as doenças são fatores maiores de risco cardiovascular e levam a morte prematura por infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, entre outras doenças (SBC, 2016). Estima-se que 40% dos diabéticos no Brasil possuam a HAS como comorbidade, o que acentua o risco cardiovascular desse indivíduo (FREITAS; GARCIA, 2012).

Na ESF há 92 diabéticos, sendo que 82 desses possuem hipertensão associada. Esses números mostram que 89,1% dos diabéticos do território adscrito possuem comorbidade hipertensiva, ou seja, mais que o dobro do que ocorre no país. Isso coloca a equipe com mais um empecilho na gestão do território: além de ter mais idosos adscritos, há também maior associação entre HAS e diabetes.

O diabetes no Brasil afeta em torno de 6,2% da população (IC95%: 5,9-6,6), segundo Pesquisa Nacional de Saúde realizada em 2013 (ISER *et al.*, 2015; STOPA *et al.*, 2018). A prevalência nacional é mais elevada que a da área adscrita à ESF de estudo, que possui aproximadamente 4,7% de diabéticos. Além disso, sabe-se que o diabetes prevalece mais em idades avançadas (SBD, 2014). Como grande parte da população adscrita é idosa, infere-se que o diabetes esteja subdiagnosticado nesse território.

A HAS corresponde a 19,7% da população avaliada na ESF. No Brasil, a doença prevalece em 21,4% (IC95%: 20,8-22,0) da população, sendo mais frequente também à medida que o indivíduo envelhece (STOPA *et al.*, 2018), o que indica que a hipertensão também pode estar subdiagnosticada nesse território.

A figura 8 explicita a comparação entre os dados de prevalência para o diabetes, a hipertensão e a concomitância entre essas duas condições, na ESF comparativamente com a média nacional.



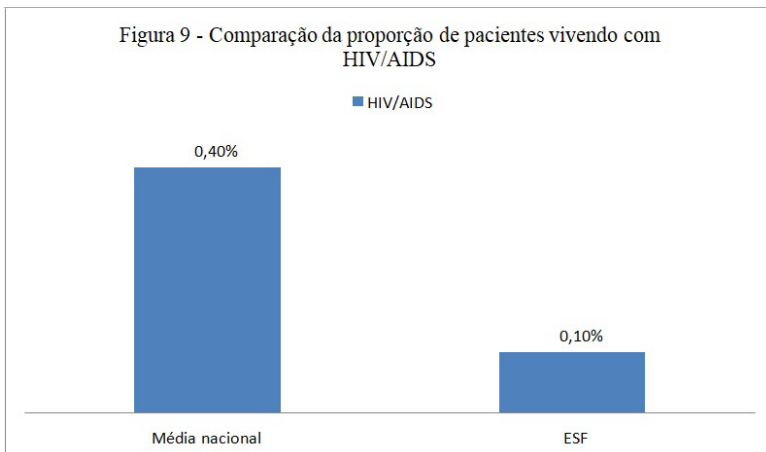
Fonte: Elaborado pelo autor.

### 3.1.5 Doenças especiais

As reais prevalências de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), com tuberculose ou com hanseníase são baseadas em estimativas de órgãos nacionais. Isso ocorre devido à subnotificação que o Sistema de Informação de Notificação de Agravos (SINAN) tem apresentado em relação a todas as doenças de notificação compulsória, prejudicando a análise fidedigna da epidemiologia dessas morbidades (MS, 2018).

Estima-se que 866 mil brasileiros vivam com o HIV, o que corresponde a uma prevalência de 0,4% para essa infecção (MS, 2018; IBGE, 2018). A figura 9 abaixo traz essa comparação. Especificamente em Minas Gerais, foram notificados no SINAN 1433 novos casos de HIV apenas ano de 2018, sendo 226 em gestantes. Entre 2007 e 2018, foram 15927 casos no estado (MS, 2018). Na ESF, essa prevalência é de 0,1%, aproximadamente, também bem inferior à prevalência nacional.

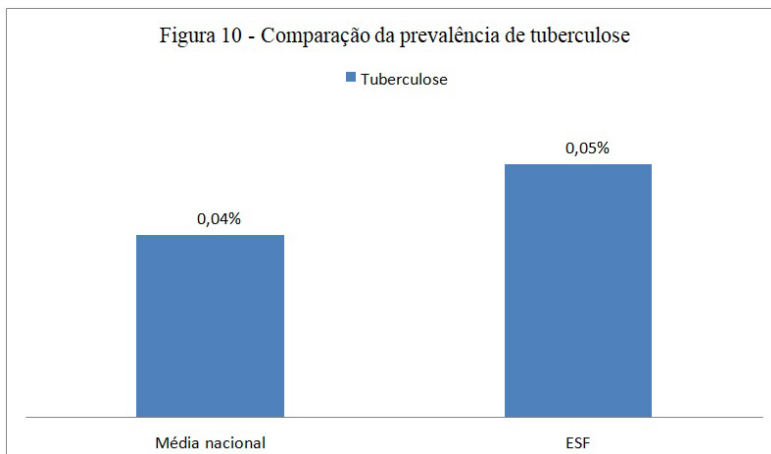
Segundo o Ministério da Saúde, essa infecção acomete mais frequentemente pessoas da faixa etária de 20 a 34 anos, que correspondem, sozinhos, a mais da metade dos casos (MS, 2018). Essa diferença de prevalência entre o território avaliado e os valores nacionais pode corresponder também ao subdiagnóstico.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Em relação à hanseníase, estimativas da OPAS colocam o Brasil como segundo país com maior número de casos da doença no mundo, com aproximadamente 25,2 mil casos novos em 2016 (OPAS, 2018). É difícil estabelecer o total de casos de hanseníase em determinado momento, não somente pela subnotificação, mas também pelo fato de ser uma doença curável (MS, 2018). No estado de Minas Gerais, a taxa média de detecção de novos casos de hanseníase por 100 mil habitantes foi de 5,99 entre 2012 e 2016 (MS, 2018). Os casos de hanseníase no território avaliado neste trabalho foram nulos.

Por último, comentou-se sobre a prevalência de tuberculose na região adscrita, que foi de 0,05%. O Brasil é o 16º país com maior número absoluto de casos da doença, compondo o grupo de alta carga da doença, segundo a Organização Mundial de Saúde (MS, 2015) e em Minas Gerais foram confirmados 4175 casos de tuberculose em 2018, sendo que 315 deles foram na Macrorregião Leste, onde está localizado este município (MS, 2019). Da mesma forma que a hanseníase, é difícil avaliar o número absoluto de prevalência da tuberculose; entretanto, observaram-se 72788 novos casos em 2018 (aproximadamente 0,036% da população), ligeiramente maior que os anos anteriores (MS, 2018). Assim, o Brasil ainda se mantém no grupo com alta carga da doença (OMS, 2018). A figura 10 abaixo compara esses dados.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Tais índices apresentados acima nos permite afirmar que o trabalho proposto e desenvolvido possibilita a médio e longo prazo a melhoria da saúde das pessoas e famílias atendidas neste serviço, além de demonstrar que com vontade e alternativas dinâmicas tudo é possível de ser administrado com o comprometimento de todos envolvidos.

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificou-se que os participantes demonstraram desconhecimento quanto à prevenção da doença; a grande maioria dos participantes confundem prevenção com métodos diagnósticos, sendo que, segundo o MS (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008), a melhor forma de prevenção é adquirir hábitos saudáveis, evitando sedentarismo, etilismo e tabagismo e incentivo às boas práticas de saúde.

Identificou-se no momento da atividade realizada interesse e positividade com relação a metodologia aplicada.

Os profissionais de saúde, especialmente a equipe da ESF, têm o papel fundamental de orientar e traçar estratégias e metodologias ativas utilizadas na educação em saúde, especialmente na sala situacional da necessidade de realizar os exames preventivos, participar de reuniões de grupo, comparecimento periódico na unidade de forma que sejam sensibilizados quanto às vantagens da detecção precoce de prevenção de doenças e que estejam alertas a importância da promoção da saúde e da qualidade de vida baseados nas orientações recebidas.

Interessante perceber o comprometimento da equipe na participação da implantação da sala situacional que pode contribuir na criação de vínculo e melhoria da saúde das pessoas e comunidade assistida.

Percebeu-se que o momento de Sala Situacional vivido pela equipe de saúde da família da ESF em questão, permitiu conhecer a realidade epidemiológica e demográfica da região adscrita. Por mais que seja uma tecnologia leve de fácil realização, a Sala Situacional é uma ferramenta que presta grande auxílio no conhecimento do território sob responsabilidade de uma equipe, para melhor planejamento estratégico.

Importante ressaltar que a contraposição dos dados locais com informações nacionais ofereceu uma base comparativa da situação de saúde da população local.

Notaram-se diferenças significativas que podem ser devidas não apenas a realidades locais distintas, mas também a subdiagnóstico de determinada enfermidade.

Após análise situacional, percebe-se que há necessidade de estabelecer programas de rastreio para determinadas condições de saúde no território, principalmente hipertensão e diabetes.

Apesar de frequentemente diagnosticadas na demanda espontânea, a busca ativa desses casos poderia reduzir as complicações advindas da falta de intervenção precoce.

Ressalta-se a importância do atendimento a agenda nacional de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde com a realização e divulgação deste trabalho, com destaque dos 14 eixos apontados, destacam-se temas importantes contemplados neste estudo, ou seja, os eixos 1: ambiente, trabalho e saúde; eixo 3: avaliação pós incorporação; eixo 4: desenvolvimento de tecnologias e inovação em saúde; eixo 5: doenças crônicas não transmissíveis; eixo 7: econômicas e gestão.

Enfim, diante dos resultados relatados nessa experiência exitosa foi possível detectar que as pessoas dificultam a prevenção e promoção das doenças em muitos casos por desconhecer as possibilidades e alcance da assistência na atenção primária.

Espera-se com esses resultados após divulgados em eventos científicos e/ou artigos publicados possam contribuir para o conhecimento desta população e além disso despertar outros pesquisadores e profissionais da saúde a utilizar a sala situacional como poderosa ferramenta de trabalho oferecendo serviços de qualidade à clientela assistida, criando vínculo e resolutividade do SUS.

Sugere-se que os gestores dos serviços de saúde tomem conhecimento e adotem essa experiência em outras unidades e serviços públicos, propondo ações de sensibilização, conscientização e prevenção de doenças mais comuns ao público atendido.

Faz-se importante ressaltar a necessidade de maior divulgação de resultados de pesquisas nesta área, assim como maior implementação de estratégias relativos à saúde da população, neste caso o impacto da implantação da sala situacional, além de conscientização dos profissionais da saúde e atenção dos programas governamentais voltados as políticas públicas relacionadas a saúde no sentido de prevenir doenças e promover a saúde dos mesmos.

Que este estudo possa alertar as autoridades e serviços gestores da importância de implantação de novas tecnologias de ofertas de trabalho com resultados efetivos a



curto, médio e longo prazo levando-se em consideração o baixo custo e a facilidade para incorporação desta prática a bem da saúde coletiva.

## REFERÊNCIAS

ALVES, L. C.; *et al.* **Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil**: análise multinível. *Revista de Saúde Pública*, v. 44, n. 3, 2010.

ALVES, GEHYSA GUIMARÃES; AERTS, DENISE. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 1, 2011.

ALENCAR, RODRIGO CONTI VIEIRA DE. **A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF)** [dissertação]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília**: CONASS, 2011.

BRASIL. LEI N. 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências**. Disponível em: <[https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/politica\\_idoso.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/politica_idoso.pdf)>. Acesso em: 24 ago 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 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 25 de janeiro de 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm)>. Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Disponível em: <[http://bvms.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvms.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 25 de janeiro de 2020.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Cobertura da Atenção Básica**. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>>. Acesso em: 27 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 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, 22 de set. 2017, p. 68.

CARDOSO, E.; DIETRICH, T. P.; SOUZA, A. P. Envelhecimento da população e desigualdade. **Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas**, Texto para discussão. 2019.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso.** Dissertação (Pós-graduação em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência) – Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2014.

FEITOSA, Rúbia Mara Maia et al. Sala de situação em saúde: ferramenta para o planejamento das ações de saúde. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 8, n. 7, p. 2165-2170, 2014.

FREITAS, L. R. S.; GARCIA, L. P. **Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008.** *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 21, n. 1, p.7-19, 2012.

FREIRE, PAULO. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 43ª edição. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2011.

GOMES, et al. Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e saúde coletiva**. V. 16, supl. 1, p. 881-892, 2011.

GUSSO, G.; LOPES, J. M. C. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática.** Porto Alegre: Artmed, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS. IBGE. **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060.** 2018. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-dapopulacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 25 ago 2019.

ISER, B. P. M.; *et al.* **Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, v. 24, n. 2, p. 305-314, 2015.

MANETTI, C.; LEITE, M. A. L. **Planejamento Estratégico Situacional: relato de uma experiência em uma Farmácia Municipal do Sul do Brasil.** *Revista Contexto & Saúde*, v. 16, n. 30, pp. 36-46, 2016.

MERHYE.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Franco TB, Peres MAA, organizadores. **Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** São Paulo: Hucitec; 2004. v. 1, p. 21-45.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico sobre Hanseníase.** Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 49, n. 4, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico sobre HIV/AIDS.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, v. 49, n. 53, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico sobre Tuberculose.** Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 46, n. 9, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico sobre Tuberculose – Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença.** Secretaria de Vigilância em Saúde, v. 50, n. 9, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Agenda de prioridades de pesquisa do Ministério da Saúde**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Brasília, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS - DATASUS. **Informações de Saúde, Epidemiológicas e Morbidade: banco de dados**. Tuberculose - Casos Confirmados Notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Minas Gerais. Casos confirmados por Macrorreg. de Saúde de notificação segundo Ano Notificação. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/tubercmg.def>> Acesso em: 22 fev. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Global Tuberculosis Report**. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Salas de Situação em Saúde: Compartilhando as experiências do Brasil**. Organização Pan-Americana da Saúde, Ministério da Saúde, 2010.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE – OPAS. **Brasil registra 11,6% dos casos de hanseníase no mundo**. 2018. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/brasilregistra-116-dos-casos-de-hanseníase-no-mundo/>>. Acesso em: 26 ago 2019.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE - RIPSa. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, p. 349, 2008.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 5, pp. 355-365, 1999.

**SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE**. Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/>>. Acesso em 23 ago 2019.

SLOMP JUNIOR H, FEUERWERKERL.C.M, LAND M.G.P. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 20, n. 2, p. 573-546, 2015.

SEIXAS C.T, *et al.* La integralidad desde la perspectiva del cuidado ensalud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. **Salud Colectiva**. V. 12, n. 1, p. 113-123, 2016b.

SEIXAS C.T, *et al.* Vínculo e responsabilização: como estamos engravidando esses conceitos na produção do cuidado na atenção básica? In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis. V. 2, p.391-407, 2016a.

SOUZA, et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, supl. 1, p.100-110, 2008.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2002.

STOPA, S. R.; *et al.* **Prevalência da hipertensão arterial, do diabetes mellitus e da adesão às medidas comportamentais no Município de São Paulo, Brasil, 2003-2015**. Cadernos de Saúde Pública, v. 34, n. 10, 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC. **Gestão da Assistência Farmacêutica.** Eixo 2: Serviços Farmacêuticos, Módulo Transversal “Planejamento em Saúde”. Florianópolis: UFSC. 2013.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. **Transição demográfica: a experiência brasileira.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

VIELLAS, E. F.; *et al.* **Assistência pré-natal no Brasil.** Cadernos Saúde Pública, v. 30, p S85S100, 2014.

## THE ROLE OF THE MICROENVIRONMENT IN PROSTATE CANCER: A SHORT REVIEW

*Data de aceite: 01/06/2021*

### **Júlia Ponte**

Politécnico de Coimbra, ESTeSC, DCBL  
Coimbra, Portugal

### **Fernando Mendes**

Politécnico de Coimbra, ESTeSC, DCBL  
University of Coimbra, Coimbra Institute for  
Clinical and Biomedical Research (iCBR) area  
of Environment Genetics and Oncobiology  
(CIMAGO), Biophysics Institute of Faculty of  
Medicine  
University of Coimbra, Center for Innovative  
Biomedicine and Biotechnology (CIBB)  
Clinical Academic Center of Coimbra (CACC)  
Coimbra, Portugal  
European Association for Professions in  
Biomedical Sciences  
Brussels, Belgium

### **Diana Martins**

Politécnico de Coimbra, ESTeSC, DCBL  
University of Coimbra, Coimbra Institute for  
Clinical and Biomedical Research (iCBR) area  
of Environment Genetics and Oncobiology  
(CIMAGO), Biophysics Institute of Faculty of  
Medicine  
University of Coimbra, Center for Innovative  
Biomedicine and Biotechnology (CIBB)  
Clinical Academic Center of Coimbra (CACC)  
Coimbra, Portugal

### **Paulo Teixeira**

Politécnico de Coimbra, ESTeSC, DCBL  
Department of Anatomical Pathology, Coimbra  
Hospital and University Centre  
Coimbra, Portugal

**ABSTRACT:** Prostate cancer (PC) is the second most common tumor malignancy in men, worldwide. This type of tumor develops from the prostate epithelium composed, predominantly, of luminal cells. However, prostate cancer is no longer a disease of clusters of abnormal proliferating cells, but rather a disease with complex interactions between the epithelial compartment and the surrounding stroma. Indeed, the microenvironment surrounding the tumor holds an essential role in the development of cancer by supporting cell proliferation and inducing tumorigenesis and metastasis. Recent studies suggest that prostate cancer microenvironment is a complex combination of several different cell types and molecules and a contributor to tumor development and progression. This microenvironment includes different cell populations such as endothelial cells, macrophages, lymphocytes and fibroblasts. Cancer-associated fibroblasts (CAFs) are the most important key players in the prostate microenvironment suggesting also an important role in prostate cancer progression. CAFs are known to support cancer cell survival and growth, recruiting inflammatory and immune cells. They also promote epithelial to mesenchymal transition through the remodeling of the extracellular matrix (ECM) and sustaining angiogenesis, suggesting a role in metastatic dissemination and aggressiveness. Also, the interplay between epithelial and stromal cells regarding the androgen dependence and consequently the metabolic deregulation of the tumor, plays an important role in prostate cancer. Base on the above, prostate microenvironment can represent

a promising therapeutic target. Therefore, this review elucidates the clear importance of the microenvironment that surrounds the prostate tumor, serving as a bridge to cancer progression and development, through a deeper analysis of CAF's role.

**KEYWORDS:** Prostate cancer; tumor microenvironment; cancer-associated fibroblasts.

## INTRODUCTION

Prostate cancer (PC) is the second most frequent cancer type in men and the fifth leading cause of death from tumor malignancy in this gender, worldwide. <sup>(1)</sup> Given this high occurrence, it is important to understand why this malignancy is responsible for this elevated number of mortality when a diversity of therapeutic options are available. <sup>(2)</sup>

It is known that PC is a result of an uncontrolled proliferation of the epithelial component. <sup>(3)</sup> The prostate epithelium, composed of a variety of cells such as basal cells, neuroendocrine cells and stem cells, exhibit as their main element the luminal cells. <sup>(4, 5)</sup> These cells are the ones accountable for the secretion of prostate specific antigen (PSA) and are notorious for their expression of the androgen receptor (AR), essential for their survival and development through androgen signaling. <sup>(4, 6)</sup> Therefore, in metastatic or advanced PC, the first therapy applied is androgen deprivation, where the initial response is positive, yet relapse occurs, prompting the development of castration-resistant prostate cancer (CRPC). <sup>(7)</sup>

Nevertheless, it has become more evident that the evolution of cancer does not depend solely on the altered epithelium. The microenvironment that surrounds the tumor has an active participation in this process where a cooperative relationship between the prostate epithelia and its stroma takes place. <sup>(3)</sup> Even during the typical prostate development, this affair is observed where epithelial cells depend on signals from the stroma for migration and organ homeostasis. <sup>(7)</sup>

More recent discoveries convey that this reactive stroma is associated with advanced stages and can be used as a predictor of reduced recurrence-free survival. It has an active role in aiding the growth of the malignancy by supporting cancer cell proliferation and inducing tumorigenesis and metastasis. <sup>(8)</sup>

The fibromuscular stroma, besides its high content in smooth muscle cells and collagen in its extracellular matrix (ECM), reports the presence of a wide range of cells that secrete ECM proteins, growth factors and, just as the epithelial cells, express ARs. <sup>(6)</sup> These stromal cells include fibroblasts, myofibroblasts, immune cells, bone marrow-derived stem cells and nerve cells. <sup>(5,7)</sup>

In tumor development, a lot of alterations are observed in the tumor niche. For example, the ECM experiences a remodeling where a flood of inflammatory cells takes place. It is also detected a higher production of immune-suppressive cytokines such as interleukin-6 (IL-6) and tumor necrosis factor-alpha (TNF $\alpha$ ), chemokines (IL-8) and growth factors, like

transforming growth factor-beta (TGF- $\beta$ ) and fibroblast growth factor (FGF), by stromal and cancerous cells. Consequently, ECM contributes to prostate cancer dissemination through extracellular secretion, altering stromal and or tumor cells phenotype, helping to escape the immune surveillance and providing a hypoxic and an acidic environment favorable to cancerous cells. <sup>(5, 7, 9)</sup>

Another modification observed is the transformed phenotype in fibroblasts that acquire myofibroblastic properties and become designated as cancer-associated fibroblasts (CAFs). <sup>(9)</sup>

CAFs present an essential role in prostate cancer development. through their involvement with molecular pathways to promote tumor growth. They encourage epithelial-mesenchymal (EMT) transition by secretion of matrix metalloproteinases (MMPs) that help the remodeling of the ECM and by activating an epigenetic transcriptional program where malignant cells acquire mesenchymal motility to metastasize to other sites. They are also responsible for the expression of stem phenotypes such as CD133 or CD44 in tumor cells which allows them to grow outside the tumor mass and repopulate elsewhere. <sup>(6, 9, 10)</sup>

These activated fibroblasts also sustain angiogenesis, a phenomenon practically always activated in tumorigenesis. New blood vessels are formed from pre-existing vessels, creating a blood and lymphatic network more complex, since the vessels that surround the tumors are usually inefficient, tortuous or leaky. <sup>(6,9)</sup>

Alongside the blood network, lymphatic vasculatures also present a pivotal role in tumor progression and metastization. The continuous multiplication of cancer cells has the consequence of compressing the lymphatic vessels, thus, hampering the lymphatic drain which leads to increased internal pressure. As a result, the interstitial liquid shifts towards the functional vessels in the periphery, rising a continuous cytokine gradient that recruits the cancer cells and steers them to lymph nodes. <sup>(6)</sup>

Therefore, the lymphatic microenvironment constitutes a conduit for cancerous cells to flee the immune system and, as result, it becomes easier to occur metastases in distant sites, such as lung, liver and, in higher frequency, the skeleton. <sup>(7; 9)</sup>

When tumor establishes itself in the bone, it follows a process that requires the vascular spread of cancer cells to the bone marrow, which can be enhanced by chemo-attractants within the bone microenvironment, such as a chemokine stromal-derived factor-1 (SDF-1). Afterwards, tumor cells adhere to the bone microvasculature and matrix components, and, subsequently, they invade the bone marrow. As we know, the marrow is rich in progenitor cells that differentiate into numerous cell types, so, as a consequence, PC cells can interrupt bone homeostasis that will favor the production of new blood vessels and the recruitment of a reactive stroma. <sup>(11)</sup>

Additionally, an altered osteoblastic response also occurs in the bone including osteoclastic events. There is an abundant deposition of new woven bone that results in nerve compression, bone pain and an increase in fractures. Associated with the progression

of these effects is the administration of androgen deprived therapy that increases markers of osteoblast and osteoclast activity, decreases bone mineral density and increases fracture risk. <sup>(12)</sup>

The expression of AR affects the interaction between cancer cells and stromal cells. As stated previously, both prostate tumor cells and stromal fibroblasts express this receptor and their behavior is highly conditioned by it. The loss or altered versions of AR are associated with malignancy and drug resistance since AR expression is necessary for androgen-deprivation therapy. <sup>(12)</sup>

In cancer cells it has been verified that the loss of AR expression favors an EMT phenotype, simulating hypoxia in these cells and prompting their motility. On the other hand, the deficiency of AR in stromal cells leads to suppression of prostate intraepithelial neoplasia development, although it also prompts the secretion of soluble factors implicated in stromal reactivity chronic inflammation. <sup>(6)</sup>

With this sighting, it is important to re-evaluate the target and timing of this therapy. The new findings of the stromal participation in this signaling should be taken into consideration for the development of new drugs to selectively target stromal AR in the primary prostate tumors at earlier stages. <sup>(6)</sup>

Therefore, the analysis of the cellular and non-cellular components of the tumor niche can constitute a good strategy for a better understanding of the cancerous process, and consequently, to new findings of more suitable biomarkers and therapy options. <sup>(13)</sup>

Recent researches have pointed that exosomes could become a potential diagnostic biomarker of PC. Extracellular vesicles (EVs), such as exosomes, have been progressively recognized as an interaction intermediary between cancer cells and stromal cells as well. <sup>(13)</sup>

Normal prostate cells have been reported to produce EVs that are labelled prostasomes, that are only found in prostatic and seminal fluid. Prostrasomes differ from exosomes for they are usually larger, they can have a multilayer membrane and they may contain chromosomal DNA, which is rare in exosomes. They also show to have a higher concentration of cholesterol and sphingomyelin as well as a higher cholesterol/phospholipid ratio. <sup>(13)</sup>

These types of exosomes are deeply involved in physiological processes of male reproduction by interacting with spermatozoa to enhance their motility, capacitation, acrosome reaction and antibacterial capacities. Therefore, in prostate cancer, prostasomes capacities are similar to those observed in human reproduction like an escape from the immune system and induction of migration. <sup>(13)</sup>

The content that exosomes carry such as proteins, lipids, nucleotides as microRNAs and double-stranded DNA, when transferred to target cells, can modify their biological behavior. For example, RNA material may be translated into functional proteins such as growth factors, favoring a microenvironment possible for neoangiogenesis and remodeling of the extracellular matrix. <sup>(14)</sup>



In prostate cancer, exosomes are secreted by malignant and non-malignant cells from the stroma. They become designated oncosomes when the transference of oncogenic material occurs and induces alterations in the recipient cells, since they carry molecules involved in cell growth, cell metabolism, cell motility or RNA processing. <sup>(15)</sup>

Oncosomes can constitute a marker of invasiveness for when cancer cells are exposed to them, they show an altered glutamine metabolism that could be related to a transition of an amoeboid phenotype that allows invasion to a peritumoral space. They are also able to influence immune response, by suppressing the proliferation of human macrophages and peripheral blood mononuclear cells. <sup>(13)</sup>

Studies have also shown that exosomes derived from prostate cancer cell lines present higher levels of TGF- $\beta$  than normal cell lines. This means that they could have a key role in triggering the transformation of fibroblasts to myofibroblasts through TGF- $\beta$ / suppressor of mothers against decapentaplegic (SMAD) signaling. Additionally, they could also induce the differentiation of mesenchymal stem cells (MSCs) into myofibroblasts, that express alpha-smooth actin ( $\alpha$ -SMA) and secrete growth factors (GF) such as vascular endothelial growth factor A (VEGF-A), hepatocyte growth factor (HGF) and ECM regulators (MMP-1, MMP-3, and MMP-13). Consequently, myofibroblasts aid in angiogenesis, proliferation, migration and invasiveness. <sup>(16,17)</sup>

Prostate cancer-derived microvesicles are also significant in cancer cell protection from apoptosis and mobility of both fibroblasts and cancer cells. They were shown to express matrix metalloproteinases MMP9 and MMP14 that degrade collagen IV and the basal membrane. Prostatosomes, likewise, can rearrange and degrade the extracellular matrix through modifications of their surface with proteolytic enzymes. <sup>(13)</sup>

## CANCER-ASSOCIATED FIBROBLASTS

Cancer-associated fibroblasts (CAF's) are, in their clear majority, derived from resident fibroblasts. Their origin can also result from MSCs, epithelial, pericytes, adipocytes and endothelial cells. <sup>(6)</sup>

These cells, upon cell damage like fibrosis or cancerous wounds, undergo activation and initiate a pro-inflammatory response which may induce inflammation. During this reaction to stress there is an increment of collagen production, which promotes ECM stiffness and, therefore, anchors cancer cells and enhances their survival, proliferation and invasion. <sup>(6)</sup>

The transition from fibroblasts to CAF's can also occur due to cytokines secreted by stromal cells and cancer cells, such as TGF- $\beta$ , epidermal growth factor (EGF), platelet-derived growth factor (PDGF), FGF2, chemokine C-X-C motif (CXCL), growth factors released during tissue lesion, direct cell-cell communication, reactive oxygen species microRNA or through adhesion molecules involved in cell-cell communication, like ICAM1 and VCAM1. However, the specific mechanisms involved in this transformation,

unfortunately, remain unclear. <sup>(9)</sup>

When activated, CAFs present a shape similar to smooth muscle cells and contain  $\alpha$ -SMA, which constitutes the main biomarker used to identify them. <sup>(18)</sup>

They also express fibroblast activation protein  $\alpha$  (FAP $\alpha$ ), a cytomembrane protein that is selectively expressed by activated CAFs in various types of human epithelial cancer and has been shown to support tumor growth and proliferation. By having this exclusive overexpression on CAFs, FAP is a potential target for novel anticancer therapies. <sup>(19)</sup>

Along with  $\alpha$ -SMA and FAP, podoplanin, S100 calcium-binding protein A4 (S100A4), vimentin, fibroblast specific protein-1 (FSP-1), PDGF receptors  $\alpha$  and  $\beta$  have too shown to constitute helpful biomarkers to identify CAFs. <sup>(20)</sup>

When mentioning the role of the microenvironment in prostate cancer, it is unavoidable the reference of these cells in targeting and inducing activation signals implicated in the progression of the disease. <sup>(20)</sup>

Cancer-associated fibroblasts produce autocrine and/or paracrine cytokines that promote the biological characteristics of tumors, such as EGF, HGF and membrane molecules (integrin  $\alpha$ 11 and syndecan-1). These factors directly or indirectly stimulate tumor growth and survival or enhance their migratory and invasive properties. <sup>(21)</sup>

## **CANCER-ASSOCIATED FIBROBLASTS AND THEIR ROLE IN TUMORIGENESIS**

One of CAFs roles in tumorigenesis is the stimulation of angiogenesis and lymphangogenesis. <sup>(22)</sup>

Platelet-derived growth factor resultant from CAF's indirectly promote angiogenesis by recruiting stromal fibroblasts that secrete VEGF. They are also responsible for recruiting endothelial cells, inducing the migration of pericytes to the vessel wall that maintains endothelial stability, thus leading to tumor angiogenesis. <sup>(22)</sup>

Cancer-associated fibroblasts also produce MMPs induced by cancer cells, which results in the degradation of the extracellular matrix and enhancement of the invasiveness of cancer cells. In return, fibroblasts secrete growth factors, including HGF, keratinocyte growth factor (KGF), and insulin-like growth factor (IGF) -1 and -2, which stimulate the proliferation of cancer cells. <sup>(22)</sup>

Additionally, CAFs induce the production of yes-associated protein (YAP), a protein with important roles in matrix stiffening, cancer cell invasion and angiogenesis. They also secrete proinflammatory cytokines that stimulate the nuclear factor-kappa B (NF- $\kappa$ B) signaling pathway, subsequently promoting tumorigenesis. <sup>(3)</sup>

In aggravation, CAFs induce resistance of cancer cells to therapy. When compared with cancer cells, CAFs are indeed relatively genetically stable with a reduced probability of developing drug-resistance, thus representing as a potential therapeutic target with lower

chances for the development of chemoresistance. However, an increasing amount of data has suggested that fibroblasts have a protective role that allows cancer cells to evade therapy. For example, the overexpression of HGF in CAF has been reported to contribute to resistance to epidermal growth factor receptor -Tyrosine Kinase Inhibitors (EGFR-TKIs).<sup>(23)</sup>

## MATERIALS AND METHODS

This investigation study was of the explorative and descriptive type and it was done in online databases such as PubMed, Elsevier and Web of Science through the Mendeley Software. The keywords in this research were: “Prostate cancer”, “Tumor microenvironment”, “Cancer-associated fibroblasts”; “Angiogenesis”, “Extracellular matrix”, “Extracellular Vesicles” and “Androgen Receptor”.

The articles were analyzed accordingly to the inclusion and exclusion criteria. The included criteria were defined as papers in English, Scientific Articles, Review Articles, Clinical Trials and original research papers available in free full text. The exclusion criteria were established as unavailability of selected papers in free full text and papers.

## CONCLUSION

The microenvironment aids tumorigenesis in cancer. Incoming studies and investigations confirm the necessary communication between cancer cells and stromal cells for prostate cancer development. An evident example of a key component in PC microenvironment is the presence of CAF's that help in processes such as angiogenesis, invasiveness, metastasis and chemoresistance through the production of GF and cytokines, which can be induced by cancer cells. Identifying these cells, through the proteins that they express or secret, can be favorable in targeting new anticancer therapies and diagnostic and prognostic markers.

## REFERENCES

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424. doi:10.3322/caac.21492
2. Litwin MS, Tan H-J. The Diagnosis and Treatment of Prostate Cancer. *JAMA.* 2017;317(24):2532. doi:10.1001/jama.2017.7248
3. Tao L, Huang G, Song H, Chen Y, Chen L. Cancer associated fibroblasts: An essential role in the tumor microenvironment. *Oncol Lett.* 2017;14(3):2611-2620. doi:10.3892/ol.2017.6497
4. Xin L. Cells of origin for cancer: an updated view from prostate cancer. *Oncogene.* 2013;32(32):3655-3663. doi:10.1038/onc.2012.541

5. Barron DA, Rowley DR. The reactive stroma microenvironment and prostate cancer progression. *Endocr Relat Cancer*. 2012;19(6):187-204. doi:10.1530/ERC-12-0085
6. Chiarugi P, Paoli P, Cirri P. Tumor Microenvironment and Metabolism in Prostate Cancer. *Semin Oncol*. 2014;41(2):267-280. doi:10.1053/j.seminoncol.2014.03.004
7. Corn PG. The tumor microenvironment in prostate cancer: Elucidating molecular pathways for therapy development. *Cancer Manag Res*. 2012;4(1):183-193. doi:10.2147/CMAR.S32839
8. Zhu Y-P, Wan F-N, Shen Y-J, Wang H-K, Zhang G-M, Ye D-W. Reactive stroma component COL6A1 is upregulated in castration-resistant prostate cancer and promotes tumor growth. *Oncotarget*. 2015;6(16):14488-14496. doi:10.18632/oncotarget.3697
9. Wang M, Zhao J, Zhang L, et al. Role of tumor microenvironment in tumorigenesis. *J Cancer*. 2017;8(5):761-773. doi:10.7150/jca.17648
10. Mcneal J, Kindrachuk R, Freiha F, Bostwick D, Redwine E, Stamey T. Patterns of Progression in Prostate Cancer. *Lancet*. 1986;327(8472):60-63. doi:10.1016/S0140-6736(86)90715-4
11. Hoggatt J, Pelus LM. Mobilization of hematopoietic stem cells from the bone marrow niche to the blood compartment. *Stem Cell Res Ther*. 2011;2(2):13. doi:10.1186/srct54
12. Wang A, Obertová Z, Brown C, et al. Risk of fracture in men with prostate cancer on androgen deprivation therapy: a population-based cohort study in New Zealand. *BMC Cancer*. 2015;15(1):837. doi:10.1186/s12885-015-1843-3
13. Vlaeminck-Guillem V. Extracellular Vesicles in Prostate Cancer Carcinogenesis, Diagnosis, and Management. *Front Oncol*. 2018;8:222. doi:10.3389/fonc.2018.00222
14. Khalyfa A, Gozal D. Exosomal miRNAs as potential biomarkers of cardiovascular risk in children. *J Transl Med*. 2014;12(1):162. doi:10.1186/1479-5876-12-162
15. Shephard AP, Yeung V, Clayton A, Webber JP. Prostate cancer exosomes as modulators of the tumor microenvironment. *J Cancer Metastasis Treat*. 2017;3(12):288. doi:10.20517/2394-4722.2017.32
16. Webber J, Steadman R, Mason MD, Tabi Z, Clayton A. Cancer Exosomes Trigger Fibroblast to Myofibroblast Differentiation. *Cancer Res*. 2010;70(23):9621-9630. doi:10.1158/0008-5472.CAN-10-1722
17. ZHANG J, SUN D, FU Q, CAO Q, ZHANG H, ZHANG K. Bone mesenchymal stem cells differentiate into myofibroblasts in the tumor microenvironment. *Oncol Lett*. 2016;12(1):644-650. doi:10.3892/ol.2016.4645
18. Berdiel-Acer M, Sanz-Pamplona R, Calon A, et al. Differences between CAFs and their paired NCF from adjacent colonic mucosa reveal functional heterogeneity of CAFs, providing prognostic information. *Mol Oncol*. 2014;8(7):1290-1305. doi:10.1016/j.molonc.2014.04.006
19. Wang R-F, Zhang L-H, Shan L-H, et al. Effects of the fibroblast activation protein on the invasion and migration of gastric cancer. *Exp Mol Pathol*. 2013;95(3):350-356. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24422232>. Accessed September 16, 2018.

20. Choi S-Y, Sung R, Lee S-J, et al. Podoplanin,  $\alpha$ -Smooth Muscle Actin or S100A4 Expressing Cancer-Associated Fibroblasts Are Associated with Different Prognosis in Colorectal Cancers. *J Korean Med Sci.* 2013;28(9):1293. doi:10.3346/jkms.2013.28.9.1293
21. Alkasalias T, Moyano-Galceran L, Arsenian-Henriksson M, Lehti K. Fibroblasts in the Tumor Microenvironment: Shield or Spear? *Int J Mol Sci.* 2018;19(5):1532. doi:10.3390/ijms19051532
22. Paduch R. The role of lymphangiogenesis and angiogenesis in tumor metastasis. *Cell Oncol.* 2016;39(5):397-410. doi:10.1007/s13402-016-0281-9
23. Fang W Bin, Yao M, Cheng N. Priming cancer cells for drug resistance: role of the fibroblast niche. *Front Biol (Beijing).* 2014;9(2):114-126. doi:10.1007/s11515-014-1300-8

## SAZONALIDADE DE LEISHMANIOSE VISCERAL: DESCRIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA BASEADA EM FATORES PLUVIOMÉTRICOS DO ESTADO DO TOCANTINS

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 12/04/2021

### Gabriela Sá e Silva

Discente do Curso de Medicina do Centro  
Universitário ITPAC  
Araguaína – Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/7765864962138893>

### Guilherme Xavier Cunha

Discente do Curso de Medicina do Centro  
Universitário ITPAC  
Araguaína – Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/6038083745449872>

### Rodolfo Lima Araújo

Docente e Coordenador do Curso de Medicina  
do Centro Universitário ITPAC  
Araguaína – Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/7033526706326987>

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença parasitária causada pelo protozoário *Leishmania infantum* e de transmissão vetorial, em especial por vetores como o flebotomíneo *Lutzomyia longipalpis*. Esta doença está diretamente relacionada a fatores ambientais e sanitários. Neste sentido, destaca-se a questão pluviométrica como um fator importante no acréscimo no número de casos de LV no estado do Tocantins. **OBJETIVOS:** Descrever a epidemiologia e a sazonalidade da Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins durante o biênio 2018-2019. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com dados

do Sinan/DATASUS relativo aos casos de Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins nos anos de 2018 e 2019. Os dados referentes à pluviometria foram acessados utilizando por base a pesquisa de Roldão e Ferreira (2019), a qual utilizou dados da Agência Nacional de Águas, e dados do projeto Reanalysis do National Centers for Environmental Prediction/National Center for Atmospheric Research para as características pluviométricas/climáticas do estado durante o período pesquisado. **RESULTADOS:** Foram registrados aproximadamente 236 e 184 casos nos anos de 2018 e 2019 respectivamente. A incidência encontrada foi maior em cidades de pequeno-médio porte, em transição urbana. **DISCUSSÃO:** Os casos de Leishmaniose seguem um padrão de surgimento condizente com os períodos de maior pluviosidade no estado do Tocantins durante o período pesquisado. Tais fatores associados às características sanitárias do estado tornam-se preocupantes levando em consideração a epidemiologia da LV na região. **CONCLUSÃO:** Infere-se que as cidades em crescimento estão mais suscetíveis a incidências maiores de LV. Todavia, estudos maiores são necessários para ratificar esta hipótese. **PALAVRAS-CHAVE:** Leishmaniose Visceral; Pluviometria; Planejamento Sanitário.

SEASONALITY OF VISCERAL  
LEISHMANIOSIS: EPIDEMIOLOGICAL  
DESCRIPTION BASED ON  
PLUVIOMETRIC FACTORS IN THE STATE  
OF TOCANTINS

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** Visceral Leishmaniasis (VL) is a parasitic disease caused

by the protozoan *Leishmania infantum* and vector transmission, especially by vectors such as the sandfly *Lutzomyia longipalpis*. This disease is directly related to environmental and sanitary factors. Therefore, the pluviometric issue stands out as an important factor in the increase in the number of cases of VL in the state of Tocantins. **OBJECTIVES:** To describe the epidemiology and the seasonality of Visceral Leishmaniasis in the state of Tocantins during the years of 2018 and 2019. **METHODOLOGY:** This is a descriptive study with data from Sinan/DATASUS related to cases of Visceral Leishmaniasis in Tocantins's state in 2018 and 2019. Rainfall's data were accessed based on Roldão and Ferreira's research (2019), which used data from the National Water Agency, and data from the Reanalysis project of the National Centers for Environmental Prediction/National Center for Atmospheric Research to describe the rainfall characteristics/climatic conditions of the state of Tocantins. **RESULTS:** Approximately 236 and 184 cases were recorded in the years 2018 and 2019 respectively. The incidence found was higher in small-medium sized cities, in urban transition. **DISCUSSION:** Leishmaniasis cases follow a pattern of appearance consistent with the periods of greatest rainfall in the state of Tocantins. Such factors, when associated with the state's health characteristics, become worrisome from the point of view of the epidemiology of VL in the region. **CONCLUSION:** It is inferred that growing cities are more susceptible to higher incidence of VL. However, larger studies are needed to confirm this hypothesis.

**KEYWORDS:** Visceral leishmaniasis; Pluviometry; Sanitary planning.

## 1 | INTRODUÇÃO

A Leishmaniose Visceral (LV) é uma doença parasitária causada pelo protozoário intracelular *Leishmania infantum* e de transmissão vetorial, em especial por vetores como o flebotômíneo *Lutzomyia longipalpis*. Esta parasitose que em outrora possuía padrão de surgimento em áreas rurais, atualmente tem demonstrado alterações no seu padrão de surgimento; seja por conta do constante processo de urbanização, desmatamento e/ou alteração dos ecossistemas vigentes. (Neves et al, 2020).

Dentre os vetores da doença, cabe mencionar que o cão doméstico é considerado uma das principais chaves de transmissão da Leishmaniose Visceral nos ambientes urbanos, haja vista o papel do animal enquanto reservatório da *Leishmania infantum*. (Lyra et al, 2015).

No que tange à sazonalidade da Leishmaniose, alguns autores apontam que o período de chuvas está relacionado à maior proliferação do flebotômíneo *Lutzomyia longipalpis*. Neste sentido, por conta de sua maior atividade proliferativa, quando em interação com outros animais e humanos, passa a ser uma ferramenta importante no acréscimo do número de casos de Leishmaniose. (Reis et al, 2018).

Ademais, em adição ao fator sazonalidade, deve-se levar em consideração o período de maior temperatura média enquanto fator que pode predispor à maior proliferação do inseto. Abrantes e Silveira (2008) aponta que a elevação da temperatura ambiental está diretamente relacionada à maior proliferação do *L. longipalpis*, considerando-se os limiares de tolerância do inseto. Neste sentido, o verão tropical brasileiro une dois fatores propícios

para a proliferação do inseto: a elevação da temperatura média e a maior incidência de chuvas nestes períodos do ano.

Neste sentido, o estado do Tocantins apresentou um processo endêmico-epidêmico recente de Leishmaniose Visceral, chegando a ser o estado com a maior incidência de LV no Brasil (Reis et al, 2017). As causas deste processo ainda não estão completamente estabelecidas, todavia, sabe-se que os processos de expansão urbana supramencionados ocorreram de forma significativa nos últimos tempos na região do Centro-Oeste e Norte do Brasil, podendo ser estes uma possível causa deste fenômeno.

Cabe mencionar a cidade de Araguaína-TO enquanto cidade importante nesse processo endêmico-epidêmico recente de LV. Entre os anos de 2006 e 2007 houve aumento alarmante de casos da doença, quando apresentou o maior número de registros da doença no Brasil (7,0% de todos os casos notificados no País). Desde essa época, tem se mantido entre os quatro municípios brasileiros com maior número absoluto de registros anuais de Leishmaniose Visceral (TOLEDO, 2017).

À luz do panorama exposto, o presente estudo tem como objetivo descrever a epidemiologia da Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins e elucidar os eventos pluviométricos do estado enquanto possíveis fatores responsáveis pelos casos da doença.

## **2 | OBJETIVOS**

Descrever a epidemiologia da Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins durante o biênio 2018-2019.

Descrever a sazonalidade da Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins durante o biênio 2018-2019.

## **3 | MÉTODOS**

Trata-se de uma pesquisa descritiva retrospectiva, de caráter epidemiológico, a qual fez uso dos dados de Notificações e Agravos em Saúde, disponibilizados pelo Ministério da Saúde por meio da plataforma DATASUS. Foram coletados os dados referentes aos casos confirmados de Leishmaniose Visceral notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações do estado do Tocantins durante o período de janeiro de 2018 a dezembro de 2019. Foi selecionado este recorte temporal, levando-se em consideração a possibilidade de inserção de dados incompletos referentes ao ano de 2020, por conta da pandemia do novo Coronavírus.

Os dados coletados foram agrupados de acordo com o município de notificação e o mês desta notificação e foram tabulados usando o programa Microsoft Excel 2010.

Os dados referentes à climatologia do estado do Tocantins foram acessados por meio da pesquisa conduzida por Roldão e Ferreira (2019), a qual utilizou dados da Agência



Nacional de Águas, bem como dados do projeto Reanalysis do National Centers for Environmental Prediction/National Center for Atmospheric Research (NCEP/NCAR) para descrever as características pluviométricas/climáticas do estado do Tocantins durante o período pesquisado.

Por fazer uso de dados disponíveis publicamente, a presente pesquisa dispensa submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme regulamentado pela norma 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

## 4 | RESULTADOS

As Tabela 1 e 2 mostram os dados relativos aos casos confirmados de LV no Tocantins entre os anos de 2018 e 2019, respectivamente. Durante o ano de 2018 foram notificados 236 casos de LV no estado, sendo notificados os maiores números de casos entre os meses de Abril/18, Maio/18 e Junho/18 (24, 25 e 22 respectivamente). Enquanto durante o ano de 2019 foram notificados cerca de 184 casos de LV, tendo como maior incidência os meses de Agosto, Julho e Fevereiro (20, 19, 18). No que tange aos dados pluviométricos, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística aponta que durante o ano de 2018 os meses com maior precipitação foram os meses de Fevereiro, Março e Abril, com índice histórico médio de 243,1; 263,9 e 170,4, segundo Roldão e Ferreira (2019). Os dados referentes ao índice histórico pluviométrico médio do estado do Tocantins constam no gráfico 1.

Município de notificação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Aliança do Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Ananás	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Araguaína	7	10	6	7	5	10	8	5	5	4	2	5	74
Araguanã	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Araguatins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Augustinópolis	-	2	2	3	2	2	-	1	1	2	1	1	17
Bandeirantes do Tocantins	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Buriti do Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Colinas do Tocantins	1	-	-	1	-	-	-	-	2	2	-	-	6
Dianópolis	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1

Dois Irmãos do Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Goianorte	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Goiatins	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Gurupi	-	1	2	-	3	1	2	2	-	3	-	1	15
Maurilândia do Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Miracema do Tocantins	-	2	1	2	-	-	1	1	1	-	-	-	8
Miranorte	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Monte Santo do Tocantins	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Palmas	7	3	5	7	10	6	6	6	8	5	5	5	73
Paraíso do Tocantins	-	-	-	2	2	1	-	2	-	1	-	3	11
Porto Nacional	-	-	-	1	1	1	1	1	3	1	2	1	12
Tocantinópolis	1	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-	1	6
Total	16	20	16	24	25	22	20	21	23	21	11	17	236

Tabela 1. Dados relativos à incidência de Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins em 2018

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

Município de notificação	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Total
Abreulândia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Araguaína	6	7	5	4	8	5	9	7	4	4	4	3	66
Araguatins	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Augustinópolis	-	-	-	-	-	-	3	1	3	-	2	3	12
Colinas do Tocantins	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Dianópolis	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
Guaraí	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Gurupi	1	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	3	7
Itacajá	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Itaguatins	1	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3

Jaú do Tocantins	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Miracema do Tocantins	-	-	-	1	-	-	2	-	1	-	1	-	5
Miranorte	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Muricilândia	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Nova Olinda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Palmas	3	9	4	4	5	5	4	6	2	5	8	2	57
Paraíso do Tocantins	1	-	1	1	2	2	-	1	-	1	1	-	10
Pau D'Arco	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Porto Nacional	2	-	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	6
São Bento do Tocantins	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Sítio Novo do Tocantins	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Tocantinópolis	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2
Total	16	18	11	14	17	17	19	20	12	12	16	12	184

Tabela 2. Dados relativos à incidência de Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins em 2019

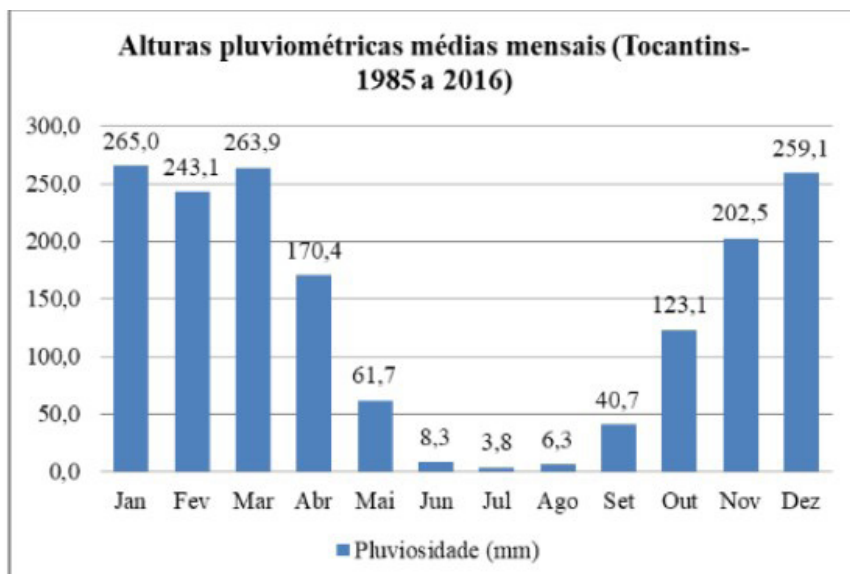


Gráfico 1. Alturas pluviométricas médias mensais no estado do Tocantins

Fonte: Roldão e Ferreira, 2019.

## 5 | DISCUSSÃO

De modo descritivo, é possível inferir que a incidência elevada de Leishmaniose visceral durante os primeiros meses do ano pode estar associada aos fatores climatológicos e sazonais do estado do Tocantins. No tangente a isto, ao analisar o ciclo de vida do parasita, bem como o tempo de reprodução deste e uma estimativa de tempo relacionada à infecção de novos organismos, pode-se constatar que estas variáveis podem estar relacionadas.

Segundo Rey (2018) o tempo médio de proliferação dos vetores e de contaminação de humanos é de aproximadamente 3 meses. Neste sentido, ao se analisar os gráficos e tabelas expostos anteriormente, verifica-se que a incidência de LV é proporcional ao aumento da pluviosidade no estado, em especial nos primeiros meses do ano.

Todavia, conforme mencionado por Lucena e Medeiros (2018), outros fatores devem ser levados em consideração ao analisar a epidemiologia da Leishmaniose Visceral no Brasil. Dentre os fatores apontados pelos autores, destacam-se o processo de êxodo rural nos estados do Norte e Nordeste no Brasil. Segundo os autores, este processo fomenta a alteração das estruturas geográficas-ecológicas de determinados biomas, favorecendo processos endêmicos tal como o da Leishmaniose no estado do Tocantins.

Tais dados são corroborados por Toledo e colegas (2017), os quais apontam que o processo de transmissão da Leishmaniose Visceral passou por um processo de transmissão centrífuga dentro do Brasil. Isto é, ao analisar-se o panorama histórico da doença, a mesma apresentava-se, majoritariamente, entre cidades rurais e de pequeno porte. Com o progresso da urbanização e da criação de maiores centros urbanos, o perfil epidemiológico da LV foi alterado também.

Outro ponto apontado pelos autores supramencionados diz respeito às condições de vida nos grandes centros urbanos. Acredita-se que condições de vulnerabilidade social, bem como piores IDHs e índices de saneamento básico estão diretamente relacionados à proliferação de LV. Estes pontos são reforçados por Teles e colegas (2015). Estes autores apontam, também, que a ausência de políticas públicas destinadas ao saneamento básico está diretamente relacionada ao surgimento desta zoonose.

Neste sentido, estes fatores auxiliam a compreender a elevada incidência de LV na cidade de Araguaína. Durante o período pesquisado, a cidade de pouco menos de 200.000 habitantes equipara-se aos dados da capital Palmas, a qual possui uma densidade demográfica muito maior. Neste sentido, destacam-se o fator climático propício para a proliferação do flebotômico, a elevada incidência de chuvas durante os primeiros meses do ano, bem como a expansão urbana sem um planejamento sanitário adequado. (De Oliveira et al, 2014)

Tais pontos tornam-se preocupantes à medida em que os fatores de risco convergem entre si. Ao analisar a situação de urbanização e saneamento urbano de cidades em crescimento como Araguaína e Tocantins, percebe-se que estas estão significativamente

mais expostas aos fatores climáticos e geográficos conforme mencionado anteriormente. A ocorrência de chuvas intensas, como as que tipicamente ocorrem no segundo trimestre do ano, quando aliado a condições de saneamento aquém do necessário, tornam-se fator de risco importante para a proliferação de vetores da Leishmaniose. (Andrade et al, 2014)

A leishmaniose visceral é considerada uma moléstia de saúde pública. Neste sentido, a doença é considerada de notificação compulsória desde 1975. Embora o processo de notificação e observação epidemiológica seja uma das principais ferramentas no combate à doença, o processo de notificação e confirmação dos casos pode ser lento. Atualmente este é feito através do SINAN, o que proporciona uma análise com recortes temporais importantes para traçar estratégias de prevenção e atenção à saúde em determinadas localidades (Toledo et al, 2017).

Todavia, outro ponto a ser observado é a falta de ferramentas que amparem o acompanhamento em animais vetores da LV. Neste sentido, cabe mencionar a importância de um sistema de notificação e agravos em cães, haja vista o papel destes enquanto reservatórios da doença. A criação de um sistema integrado aos Centros de Controle de Zoonoses facilitaria na confecção de estratégias de atenção à saúde de forma mais efetiva. (Toledo et al, 2017)

## 6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo trouxe reflexões acerca das questões geográficas-pluviométricas do estado do Tocantins e a influência destas na epidemiologia da Leishmaniose Visceral. Infere-se que as cidades em crescimento estão mais suscetíveis a incidências maiores de LV. Todavia, estudos maiores são necessários para ratificar esta hipótese. Ademais, o presente estudo pode auxiliar na criação de estratégias e projetos voltados à vigilância epidemiológica da Leishmaniose Visceral no estado do Tocantins, haja vista a importância da Atenção à Saúde no tocante a esta doença.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, I.M.; SANTANA, G. M. S.; SACRAMENTO, R. V. O. **Geoprocessamento em saúde: um estudo sobre a leishmaniose tegumentar americana no Vale do Jiquiriçá, Bahia, Brasil.** Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. v.10, n.28, p. 19 -32, 2014.

DE LUCENA, Robespierre Vieira; DOS SANTOS MEDEIROS, Josimar. **Caracterização epidemiológica da leishmaniose visceral humana no Nordeste brasileiro, entre 2010 e 2017.** Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management, v. 14, n. 4, 2018.

DE OLIVEIRA, João Victor Souto et al. **Promoção da saúde: A Importância do Saneamento Ambiental e sua influência na ocorrência da Leishmaniose Tegumentar em Montes Claros/MG.** XIV Colóquio Ibérico de Geografia. 2014.

LYRA, Marcelo Rosandiski et al. **First report of cutaneous leishmaniasis caused by Leishmania (Leishmania) infantum chagasi in an urban area of Rio de Janeiro, Brazil.** Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, v. 57, n. 5, p. 451 - 454, 2015.

NEVES, D. P. et al. **Parasitologia humana**, 13. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2016, 494p.

REIS, Léia Madeira Sabóia dos et al. **Aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais dos casos de Leishmaniose visceral no município de Sobral, Ceará, no período de 2013 a 2017.** 2018. Tese de Doutorado.

REIS, Lisiane Lappe dos et al. **Changes in the epidemiology of visceral leishmaniasis in Brazil from 2001 to 2014.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 50, n. 5, p. 638-645, 2017.

REY, Luís. **Parasitologia: parasitos e doenças parasitárias do homem nos trópicos ocidentais / Luís Rey.** - 4.ed. - [Reimpr.]. - Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2018.

TOLEDO, Celina Roma Sánchez de et al. **Vulnerabilidade à transmissão da leishmaniose visceral humana em área urbana brasileira.** Revista de Saúde Pública, v. 51, p. 49, 2017.

## RELAÇÃO ENTRE TRABALHO E QUALIDADE DE VIDA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Data de aceite: 01/06/2021

### Tiago Pereira de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Programa de Pós Graduação em Educação em  
Ciências: Química da Vida e Saúde  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/2493762621072827>

### Paulo Antônio Barros Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Departamento de Medicina Social  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/6422207752196603>

SOUZA, T. P. DE; OLIVEIRA, P. A. B. Falem bem ou falem mal, mas falem de mim: relação entre trabalho e qualidade de vida do agente Comunitário de Saúde. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 20, n. 2, p. [55-66], dez. 2019.

**RESUMO:** Este estudo objetivou estabelecer a relação entre o processo de trabalho e a qualidade de vida do grupo de agentes comunitários de saúde do município de Campo Bom, no Vale dos Sinos na região metropolitana de Porto Alegre. Se configurou do tipo descritivo exploratório, transversal, de abordagem quantitativa. Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com faixa etária entre 23 a 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) de homens. Os participantes responderam um questionário sobre dados sociodemográficos, socioeconômicos e de trabalho e ao questionário WHOQOL-BREF. A execução desta pesquisa

pôde confirmar estatisticamente o impacto do processo de trabalho nos diferentes domínios da qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária à Saúde, Saúde da Família, Saúde do Trabalhador, Qualidade de Vida.

### RELATIONSHIP BETWEEN WORK AND QUALITY OF LIFE OF THE COMMUNITY HEALTH AGENT

**ABSTRACT:** This study aimed to establish the relationship between the work process and the quality of life of the group of community health agents in the city of Campo Bom, in Vale dos Sinos in the metropolitan region of Porto Alegre. This is an exploratory, descriptive, cross-sectional study, with quantitative approach. Sixty-two Community Health Agents, aged 23 to 61 years, participated in this research, with 58 (93.5%) women and 4 (6.5%) men. Participants answered a questionnaire on sociodemographic, socioeconomic and work data and the WHOQOL-BREF questionnaire. This research could statistically confirm the impact of the work process in the different domains of quality of life.

**KEYWORDS:** Primary Health Care, Family Health, Occupational Health, Quality of Life.

## 1 | INTRODUÇÃO

A cooperação no campo da saúde coletiva dos conhecimentos referentes à questão do trabalho na atenção primária, mais especialmente no função do Agente Comunitário

de Saúde (ACS), corrobora com a ampliação da compreensão das relações entre o trabalho e o processo saúde-doença de diferentes cenários de pesquisa, contribuindo de forma significativa, com o entendimento das possíveis mudanças na vida dos indivíduos trabalhadores (DEJOURS et al., 1994).

Consolidada pela Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a função dos indivíduos neste momento analisados indica uma transformação na maneira de cuidado constituído na atenção primária, produzindo interdependência entre usuários e a comunidade adstrita (BRASIL, 2006, p. 350). Operam influência recíproca na qualidade de equipe e população das áreas de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF), determinando uma política de independência e interrupção do modelo biomédico centralizado na enfermidade, uma vez que, apresentam um processo de cuidado com finalidades determinadas, apontadas à promoção da saúde e à prevenção de doenças (NUNES et al., 2002).

O papel de mediador consolida a principal característica dos ACSs, visto que são trabalhadores com experiências cotidianas capazes de oferecer contrapontos importantes no cuidado dos usuários. São articuladores em potencial das ações em saúde e oferecem para as equipes um “olhar” diferenciado da lógica cartesiana e mecanicista tradicionalmente atribuída à atual configuração da formação em saúde, pois, por estarem inseridos e vivenciarem dia após dia as movimentações comunitárias, possuem um entendimento ampliado da forma como se organizam as relações sociais, culturais, econômicas e ambientais do campo de trabalho da atenção primária (NUNES et al., 2002).

As diretrizes ministeriais que orientam o trabalho do ACS atentam para a execução supervisionada de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas de acordo com as diretrizes do Sistema único de Saúde (SUS). Tais ações configuram-se por meio de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade, da promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva, do registro (para fins exclusivos de controle e planejamento) das ações de saúde, nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, do estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde, da realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família e da participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2006).

Ao falar de subjetividade, faz-se necessária a reflexão sobre “processo de trabalho”, de forma a validar a concepção de que trabalhar não se constitui apenas na execução de tarefas e representações práticas da efetivação de ordens e normas, mas em uma sequência de atos e reflexões intelectuais capazes de transformar a natureza e, paralelamente, o próprio trabalhador. Tal aspecto é o que diferencia o trabalho humano do dia a dia da capacidade primitiva dos animais de se adaptar a diferentes situações (por meio de seu instinto de sobrevivência), ou seja, se o trabalho for pensando enquanto atividade cognitiva, pode-se entender o resultado deste como o produto de um planejamento, previamente



idealizado pelo trabalhador (MARX, 2015).

A constituição de cada sujeito trabalhador, composta por perspectivas e idealizações, ao se chocar com um processo de trabalho que ignora tal subjetividade exerce uma ação específica capaz de produzir sofrimento, fazendo com que os coletivos criem estratégias conjuntas para superar esse sofrimento correlato à realização do trabalho (DEJOURS et al., 1994; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

Para o presente projeto é significativa a compreensão de que os ACSs são trabalhadores da saúde, com diretrizes de trabalho pré-estabelecidas legalmente e suscetíveis ao processo saúde-doença oriundo do trabalho. Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho busca o entendimento desse processo, bem como alternativas de intervenção. Trata-se de ações transformadoras e que visam a apropriação da dimensão humana do trabalho por meio de uma perspectiva diferenciada, na qual podemos entender o desfecho das trajetórias de cada indivíduo trabalhador (MENDES; DIAS, 1991).

Essa filosofia humanística e interdisciplinar carrega consigo a aplicação concreta de objetivos claros no que se refere à proposição de mudanças no trabalho, a fim de produzir ambientes favoráveis à satisfação dos trabalhadores, colocando o homem no centro de suas preocupações, buscando o aumento da produtividade organizacional, e caracterizando um dos conceitos de qualidade de vida no trabalho (QVT) (AMATUZZI, 1989; KLUTHCOVSKY et al., 2007; KUROGI, 2008).

A ideia de que a satisfação no trabalho compõe grande parcela da satisfação global, ou seja, na vida do trabalhador<sup>10</sup>, justifica a crescente aplicação de ações voltadas à QVT, visando o resgate de certos valores ambientais e humanos negligenciados pelas sociedades industriais em favor do avanço tecnológico, da produtividade e do crescimento econômico. O sofrimento por conta do trabalho emerge no momento em que os trabalhadores se deparam com configurações fragmentadas, desconexas, burocráticas, normatizadas, rotineiras, carregadas de exigências, que vão de encontro com a sua realidade extra laboral (SALGADO, 1994).

Os sujeitos são singulares e apresentam demandas subjetivas antes mesmo de entrarem no mundo do trabalho, não as abandonando no momento de seu ingresso (TANNENBAUM; KAHN, 1957). Pode-se dizer, portanto, que a personalidade dos indivíduos não pode ser totalmente integrada ao trabalho, pois está interligada simultaneamente a diferentes grupos (família, religião, entidades de classe etc.). Tais grupos certamente se constituem em fontes de subjetividade em detrimento do trabalho, sendo que este possui caráter mecanicista e econômico, dificultando ao homem externar sua totalidade como pessoa (AQUINO, 1979).

Esta pesquisa surge a partir de uma demanda inicialmente oriunda das práticas no SUS, em decorrência da experiência do pesquisador em processo de formação (residência multiprofissional) e em atuação profissional (educação permanente em saúde), que durou aproximadamente cinco anos. Durante esse período, houve a possibilidade de convívio

diretamente com os trabalhadores da atenção básica, sobretudo com ACSs, o que levou o pesquisador a observar de forma empírica a grande quantidade de trabalhadores em sofrimento físico e psíquico. Dessa forma, a pesquisa objetivou estabelecer a relação entre o processo de trabalho e a qualidade de vida do grupo de agentes comunitários de saúde do município de Campo Bom, no Vale dos Sinos, região metropolitana de Porto Alegre.

## 2 | METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido na cidade de Campo Bom, município brasileiro no estado do Rio Grande do Sul que pertence à Região Metropolitana de Porto Alegre e ao chamado Vale do Rio dos Sinos. A cidade possui 60 km<sup>2</sup> de área, 63.767 habitantes e 98,13% de cobertura da ESF. As unidades de ESF são: Aurora, 25 de julho, Imigrante, Operária, Quatro Colônias, Porto Blos, Rio Branco e Santa Lúcia.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo exploratório, transversal, de abordagem qualitativa. Os participantes foram os trabalhadores Agentes Comunitários de Saúde que exerciam suas atividades nas Unidades de Estratégia Saúde da Família, com exceção dos trabalhadores em férias ou afastados do trabalho no período da coleta dos dados.

O estudo foi organizado dentro do programa de educação permanente (PEP) e faz parte de um projeto “maior” que engloba análises quali-quantitativas, oriundo de uma parceria entre a Prefeitura e o Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCOL-UFRGS), com aprovação sob o número 1.541.369 no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição. Os trabalhadores receberam esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo e sua condução e, nessa ocasião, todos se dispuseram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ou seja, não houve sujeitos que se negaram a participar.

Inicialmente os participantes responderam a um questionário sobre dados sociodemográficos, socioeconômicos e referentes ao trabalho. Posteriormente responderam ao questionário WHOQOL-BREF, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (versão abreviada do WHOQOL-100). Nesse instrumento há 26 questões divididas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartilica. As variáveis categóricas foram descritas por frequências absolutas e relativas. Para comparar médias, foram aplicados os testes t-Student ou a Análise de Variância (ANOVA) one-way, complementada por Tukey. A associação entre as variáveis contínuas e ordinais foi avaliada pelos coeficientes de correlação de Pearson (distribuição simétrica) ou de Spearman (distribuição assimétrica). A comparação entre os escores médios dos quatro domínios do WHOQOL-BREF foi realizada pela Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas, complementada pelo teste de Bonferroni.

Para controle de fatores confundidores, a análise multivariada de Regressão Linear foi utilizada. As variáveis que apresentaram uma associação significativa com os desfechos na análise bivariada foram inseridas no modelo multivariado, mas apenas as que apresentaram significância estatística foram mantidas no mesmo. A técnica de regressão linear multivariada é utilizada para analisar o relacionamento entre uma única variável dependente e várias variáveis independentes. Desse modelo podemos retirar o coeficiente angular (b), que é um valor numérico que estima o efeito direto de uma variável independente sobre o desfecho em estudo. Além disso, é possível calcular o coeficiente de regressão padronizado ( $\beta$ ), que permite uma comparação direta entre os efeitos das variáveis independentes, pois desconsidera a unidade da variável. Ainda, é possível calcular o coeficiente de determinação ( $R^2$ ), que analisa o poder de explicação do conjunto de variáveis sobre o desfecho em estudo (HAIR JUNIOR et al., 1998). O nível de significância adotado foi de 5% ( $p \leq 0,05$ ) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0.

### 3 | RESULTADOS E ANÁLISES

Participaram desta pesquisa 62 Agentes Comunitários de Saúde, com idade entre 23 e 61 anos, sendo 58 (93,5%) mulheres e 4 (6,5%) homens. Todos os participantes afirmaram ter participado do curso introdutório de ACS e ter reuniões de equipe sistemáticas.

Quanto à escolaridade, 1 deles (1,6%) tinham ensino fundamental incompleto, 3 deles (4,8%) têm o ensino fundamental completo, 14 deles (22,6%) indicam ensino médio incompleto, 34 (54,8%) citam ensino médio completo, 9 (14,5%) têm ensino superior incompleto e 1 deles (1,6%) indica ensino superior completo.

A maioria dos trabalhadores, mais especificamente 50 deles (80,6%), era casado ou morava junto com um parceiro, sendo que 51 (82,3%) residiam em domicílios próprios, 5 (8,1%) em domicílios alugados e 6 (9,7%) em domicílios cedidos. A média de tempo residindo na área em que trabalha variou de 9,3 a 28 anos. A renda familiar média foi de R\$ 2.949,34. Os dados demonstram similaridade com outros estudos que objetivaram traçar perfis desta população, com exceção da caracterização da renda familiar, que se mostrou relativamente mais alta (LINO et al., 2012; SANTOS et al., 2011; SILVA; MENEZES, 2008).

O tempo médio do exercício do trabalho remunerado durante a vida foi de 15,5 anos e o tempo médio do exercício da função de ACS foi de 5 anos. Uma expressiva maioria, 59 participantes (96,7%), cita já ter realizado trabalhos administrativos em sua unidade, enquanto que outros 61 (98,4%) afirmam ter lidado com metas de produtividade. Segundo os ACSs, a maioria das equipes de ESF, mais especificamente 48 delas (77,4%), está completa. Referentemente à disponibilidade de material de trabalho, 32 ACSs (52,5%) referem não possuir materiais adequados, sendo que 13 deles (21%) afirmam ter faltado ao trabalho por motivo de doença e 33 deles (54,1%) fazem uso de medicamentos contínuos.

O instrumento utilizado (WHOOQOL-BREF) mostrou características satisfatórias

de consistência interna, validade discriminante, validade de critério, validade concorrente e fidedignidade teste-reteste. Alia um bom desempenho psicométrico com praticidade de uso, o que lhe coloca como uma alternativa útil para ser usada em estudos que se propõe a avaliar qualidade de vida (FLECK et al., 2000).

Através da Tabela 1, observa-se que o domínio mais afetado nos agentes comunitários é o ambiente, com média significativamente menor quando comparado com os demais ( $p=0,001$ ) (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; URSINE; TRELHA; NUNES, 2010; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

<b>Escores</b>	<b>Média ± DP</b>	<b>Mínimo – Máximo</b>
Físico	68,9 ± 16,3	21,4 – 92,9
Psicológico	67,6 ± 18,0	12,5 – 95,8
Social	70,2 ± 18,0	25,0 – 100
Ambiente	62,1 ± 11,2	34,4 – 87,5
Geral	65,3 ± 19,0	0,0 – 100

Tabela 1 – Escores de qualidade de vida conforme WHOQOL-BREF

Fonte: elaborado pelo autor

Houve associação positiva estatisticamente significativa entre o domínio psicológico com o nível de escolaridade ( $r_s=0,255$ ;  $p=0,046$ ) e renda familiar mensal ( $r_s=0,313$ ;  $p=0,014$ ), ou seja, quanto maior o nível de escolaridade e renda familiar, maiores os escores de qualidade de vida nesse domínio (Tabela 2). Também houve associação positiva estatisticamente significativa entre o domínio ambiente com renda familiar mensal ( $r_s=0,346$ ;  $p=0,006$ ), sendo que quanto maior a renda familiar, maiores os escores de qualidade de vida nesse domínio. Tais achados estão de acordo com análises estabelecidas pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) enquanto indicador sintético de qualidade de vida que, de forma simplificada, soma e divide por três os níveis de renda, saúde e educação de determinada população. A renda é avaliada pelo Produto Interno Bruto (PIB) real per capita, a saúde é avaliada pela esperança de vida ao nascer e a educação, pela taxa de alfabetização de adultos e taxas de matrículas nos níveis primário, secundário e terciário combinados. Renda, educação e saúde seriam atributos com igual importância como expressão das capacidades humanas (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Por fim, houve associação negativa estatisticamente significativa entre o escore geral com o número de famílias cadastradas na microárea ( $r=-0,275$ ;  $p=0,030$ ), ou seja, quanto maior o número de famílias cadastradas na microárea, menor o escore de qualidade de vida geral. O grande número de famílias cadastradas por agente dificulta a realização das visitas mensais a, aproximadamente, 750 pessoas (podendo variar de acordo com a realidade local) (BRAZIL, 2001), fazendo com que o trabalhador priorize famílias que

necessitam de um maior acompanhamento, como aquelas com pessoas em tratamento médico, com tuberculose, AIDS, doença mental, gestantes, puérperas e crianças em risco nutricional (FERRAZ; AERTS, 2005).

Variáveis	Físico	Psicológico	Social	Ambiente	Geral
Idade (anos) <sup>(a)</sup>	-0,053	0,113	-0,069	0,087	0,025
Nº de filhos <sup>(b)</sup>	-0,087	-0,078	-0,171	-0,195	-0,043
Nível de escolaridade <sup>(b)</sup>	0,217	0,255*	-0,037	0,128	0,124
Nº de cômodos na residência <sup>(b)</sup>	-0,161	-0,055	-0,026	-0,057	-0,053
Tempo que mora na área em que trabalha <sup>(b)</sup>	-0,023	-0,138	0,107	0,026	0,000
Nº de pessoas que moram na casa <sup>(b)</sup>	0,052	0,012	0,114	-0,151	-0,036
Renda familiar mensal <sup>(b)</sup>	0,115	0,313*	0,197	0,346**	0,201
Tempo que exerce trabalho remunerado <sup>(b)</sup>	0,101	0,179	-0,143	0,128	0,118
Tempo que exerce a função de agente comunitário <sup>(b)</sup>	-0,037	-0,004	0,011	-0,060	-0,107
Nº de famílias cadastradas na microárea <sup>(a)</sup>	-0,087	-0,170	-0,163	-0,117	-0,275*
Tempo após o início que fez o curso introdutório <sup>(b)</sup>	-0,034	-0,048	0,113	-0,017	-0,051

<sup>(a)</sup> coeficiente de correlação de Pearson; <sup>(b)</sup> coeficiente de correlação de Spearman; \* p<0,05; \*\* p<0,01

Tabela 2 – Associação dos escores de qualidade de vida com os dados contínuos e ordinais através dos coeficientes de correlação de Pearson ou Spearman

Fonte: elaborado pelo autor.

A Tabela 3 apresenta a associação dos escores de qualidade de vida com os dados nominais. Os escores médios no domínio físico foram significativamente maiores nos profissionais que têm à disposição o material necessário para o seu trabalho (p=0,005), não faltam ao trabalho por motivo de doença (p=0,018) e não fazem uso de medicamentos (p<0,001). Outros estudos apontam para o impacto que a falta de materiais traz para a vida dos trabalhadores, tanto para cargas físicas, no sentido de estarem se expondo a fatores de risco, quanto para cargas emocionais, quando falamos da falta de reconhecimento e valorização (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; DE OLIVEIRA et al., 2010; TRINDADE et al., 2007).

Em relação aos escores médios no domínio psicológico e geral, esses foram significativamente maiores nos profissionais que não faltam ao trabalho por motivo de doença (p=0,012 e p=0,002, respectivamente) e não fazem uso de medicamentos (p<0,001 e p=0,001, respectivamente). Esse dado está de acordo com pesquisa realizada com o intuito de analisar o absenteísmo relacionado à doença junto aos Agentes Comunitários de Saúde de Curitiba e de classificar as principais doenças relacionadas às licenças médicas,

que mostrou que o número de absenteísmo-doença entre os ACSs encontra-se elevado. Os escores médios no domínio social foram significativamente mais elevados nos agentes comunitários que não faltam ao trabalho por motivo de doença ( $p < 0,001$ ) (KAMI, 2009).

Enfim, os escores médios no domínio ambiente foram significativamente mais elevados nos agentes comunitários que não fazem uso de medicamentos ( $p = 0,022$ ). Esse dado corrobora com a pesquisa realizada com profissionais de uma equipe de ACSs de uma USF do município de Piracicaba, que tinha como objetivo compreender a relação entre as queixas de sofrimento e as condições de trabalho dos ACSs a fim de propor medidas para modificá-las (VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

Variáveis	Físico Média±DP	Psicológico Média±DP	Social Média±DP	Ambiente Média±DP	Geral Média±DP
Sexo <sup>(c)</sup>					
Masculino	71,4±3,6	68,1±19,7	77,8±24,1	69,8±1,8	62,5±21,7
Feminino	68,7±16,7	67,6±18,1	69,8±17,8	61,8±11,4	65,5±19,0
Cor <sup>(c)</sup>					
Branca	69,8±15,6	68,5±16,0	70,5±17,5	62,9±10,7	66,2±18,6
Não branca	57,9±21,9	57,7±35,0	66,7±25,7	54,1±14,6	55,0±22,7
Casado/Mora junto <sup>(c)</sup>					
Sim	69,7±15,2	68,8±16,4	71,3±18,2	63,4±10,3	66,3±18,3
Não	65,2±20,9	62,4±23,6	65,3±17,0	57,1±13,9	61,5±22,3
Religião <sup>(d)</sup>					
Católica	73,5±11,5 <sup>b</sup>	70,5±15,5	71,7±16,3	64,1±9,5	69,7±15,3
Evangélica	66,1±18,2 <sup>ab</sup>	64,0±20,1	70,1±17,6	59,1±12,4	61,9±19,8
Espírita	51,2±16,5 <sup>a</sup>	70,8±4,2	55,6±33,7	65,6±3,1	62,5±12,5
Não tem	66,1±17,7 <sup>ab</sup>	72,9±2,9	75,0±0,0	64,1±2,2	75,0±17,7
Moradia <sup>(d)</sup>					
Própria	69,6±16,8	68,2±17,5	69,8±17,9	62,8±11,1	64,7±19,2
Alugada	61,4±17,2	59,2±30,2	76,7±27,3	56,3±16,4	70,0±24,4
Cedida	69,0±11,0	69,2±8,3	68,1±11,1	62,0±7,5	66,7±15,1
Você tem à sua disposição o material necessário para o seu trabalho? <sup>(c)</sup>					
Sim	74,4±9,8 <sup>**</sup>	70,7±14,0	71,6±17,4	63,9±9,9	69,1±15,9
Não	62,4±19,9	64,3±21,5	69,0±19,0	60,1±12,5	61,2±21,7
Sua equipe de ESF é completa? <sup>(c)</sup>					
Sim	67,7±17,0	66,2±17,7	69,3±18,6	61,8±11,1	63,5±19,8
Não	72,7±13,8	72,3±18,8	73,2±16,1	63,4±11,9	71,4±15,1

Você faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença? <sup>(c)</sup>					
Sim	56,3±20,5*	56,6±23,1*	54,5±19,1***	59,1±11,7	51,0±24,7**
Não	72,2±13,4	70,5±15,4	74,3±15,4	63,0±11,1	69,1±15,3
Você está fazendo uso de medicamentos? <sup>(c)</sup>					
Sim	61,3±15,7***	60,1±17,7***	66,2±19,8	59,2±10,2*	57,6±18,2**
Não	77,7±12,6	75,7±14,3	74,1±14,8	65,7±11,7	73,7±16,1

<sup>a,b</sup> Letras iguais não diferem pelo teste de Tukey a 5% de significância; <sup>(c)</sup> teste t-Student; <sup>(d)</sup> Análise de Variância (ANOVA) *one-way*; \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\* p<0,001

Tabela 3 – Associação dos escores de qualidade de vida com os dados nominais através do teste t-Student ou Análise de Variância (ANOVA)

Fonte: elaborado pelo autor.

Conforme Tabela 4, as variáveis que permaneceram significativamente associadas com o domínio físico após o ajuste foram: ter à disposição o material necessário para o trabalho, fazer uso de medicamentos e ser da religião evangélica. Agentes comunitários que têm à disposição o material necessário para o trabalho apresentam, em média, 7,07 pontos a mais nesse domínio. No entanto, profissionais que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 11,6 pontos no escore do domínio físico e os que citam ser da religião evangélica apresentam uma redução, em média, de 8,43 pontos nesse escore quando comparados aos de religião católica.

Conforme coeficiente de determinação (R<sup>2</sup>), essas três variáveis em conjunto explicam 43,7% da variabilidade das respostas nesse domínio. Através do coeficiente padronizado ( $\beta$ ), a variável que mais fortemente está associada com esse domínio é fazer uso de medicamentos. Os dados relativos aos materiais e ao uso de medicamentos são reafirmados em diversas pesquisas (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; DE OLIVEIRA et al., 2010; KAMI, 2009; TRINDADE et al., 2007; VILELA; SILVA; JACKSON FILHO, 2010).

A implicação religiosa, enquanto fator determinante relacionado ao domínio físico, não foi encontrada na literatura atual, porém várias pesquisas denotam o papel da religiosidade do ACS, destacando a importância das crenças pessoais, sua influência no vínculo com os usuários e o desempenho do seu papel. Além disso, os valores culturais e religiosos podem influenciar na concepção de saúde do indivíduo (FERRAZ; AERTS, 2005; SCLIAR, 2007; VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008).

As variáveis que permaneceram significativamente associadas ao domínio psicológico após o ajuste foram: renda familiar mensal, faltar ao trabalho por motivo de doença e fazer uso de medicamentos. Agentes comunitários que têm uma renda de R\$500,00 ou mais apresentam, em média, 2,22 pontos a mais nesse domínio. No entanto, profissionais que faltam ao trabalho por motivo de doença têm, em média, uma redução

de 10 pontos nesse domínio. Por fim, os que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 12,3 pontos no escore do domínio psicológico (KAMI, 2009; MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; TOMASI et al., 2007).

Conforme coeficiente de determinação ( $R^2$ ), essas três variáveis em conjunto explicam 38,7% da variabilidade das respostas no domínio físico. Novamente, através do coeficiente padronizado ( $\beta$ ), a variável que mais fortemente está associada a esse domínio é fazer uso de medicamentos (TOMASI et al., 2007).

Em relação ao domínio social, somente faltar ao trabalho por motivo de doença permaneceu associado estatisticamente a esse desfecho. Agentes comunitários que faltam ao trabalho por motivo de doença têm, em média, uma redução de 19,8 pontos nesse domínio. Conforme coeficiente de determinação ( $R^2$ ), essa variável explica 20,4% da variabilidade das respostas no domínio social. Tal achado pode ser associado a variáveis estudadas por pesquisas que apontam o fato de a maioria das trabalhadoras serem mulheres e terem complicações na gravidez e no puerpério, além de estarem sobrecarregadas por cuidarem dos filhos e realizarem os afazeres domésticos (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; REIS et al., 2003; SILVA; MARZIALE, 2000). Outra pesquisa aponta para a associação do achado ao fato de que, conforme o avanço da idade, há também uma maior probabilidade de os trabalhadores apresentarem morbidades (NASCIMENTO, 2003).

As variáveis que permaneceram significativamente associadas com o domínio ambiente após o ajuste foram: renda familiar mensal e fazer uso de medicamentos. Agentes comunitários que têm uma renda de R\$500,00 ou mais apresentam, em média, 1,57 pontos a mais nesse domínio (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000). No entanto, profissionais que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 7,05 pontos no escore do domínio ambiente. Conforme coeficiente de determinação ( $R^2$ ), essas duas variáveis em conjunto explicam 19,6% da variabilidade das respostas no domínio ambiente. Novamente, através do coeficiente padronizado ( $\beta$ ), a variável que mais fortemente está associada a esse domínio é fazer uso de medicamentos (SCLIAR, 2007).

Por fim, as variáveis que permaneceram significativamente associadas ao escore geral do WHOQOL-BREF após o ajuste foram: faltar ao trabalho por motivo de doença e fazer uso de medicamentos. Agentes comunitários que faltam ao trabalho por motivo de doença têm, em média, uma redução de 12,3 pontos nesse domínio, enquanto que os que fazem uso de medicamentos apresentam uma redução, em média, de 12,9 pontos no escore geral do instrumento (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; KAMI, 2009; REIS et al., 2003; SILVA; MARZIALE, 2000; TOMASI et al., 2007). Conforme coeficiente de determinação ( $R^2$ ), essas duas variáveis em conjunto explicam 31,2% da variabilidade das respostas no escore geral. Mais uma vez, através do coeficiente padronizado ( $\beta$ ), a variável que mais fortemente está associada a esse domínio é fazer uso de medicamentos.



Variáveis	b (IC 95%)	Beta ( $\beta$ )	p	R <sup>2</sup>
<b>Domínio Físico</b>				43,7%
Tem à sua disposição o material necessário para o seu trabalho	7,07 (0,30 a 13,8)	0,229	0,041	
Fazendo uso de medicamentos	-11,6 (-18,6 a -4,6)	-0,375	0,002	
Religião evangélica	-8,43 (-15,4 a -1,4)	-0,263	0,019	
<b>Domínio Psicológico</b>				38,7%
Renda familiar mensal (a cada R\$500,00)	2,22 (0,33 a 4,11)	0,250	0,022	
Faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença	-10,0 (-19,9 a -0,17)	-0,232	0,046	
Fazendo uso de medicamentos	-12,3 (-20,4 a -4,19)	-0,354	0,004	
<b>Domínio Social</b>				20,4%
Faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença	-19,8 (-29,9 a 9,72)	-0,452	<0,001	
<b>Domínio Ambiente</b>				19,6%
Renda familiar mensal (a cada R\$500,00)	1,57 (0,23 a 2,91)	0,279	0,023	
Fazendo uso de medicamentos	-7,05 (-12,3 a -1,82)	-0,322	0,009	
<b>Geral</b>				31,2%
Faltou ao trabalho no último mês por motivo de doença	-12,3 (-24,3 a -0,23)	-0,260	0,046	
Fazendo uso de medicamentos	-12,9 (-22,1 a -3,82)	-0,344	0,006	

b=coeficiente angular (representa o efeito de cada fator sobre cada desfecho); IC95%=intervalo de 95% de confiança;  $\beta$ =coeficiente de regressão padronizado; R<sup>2</sup>=coeficiente de determinação

Tabela 4 – Análise de Regressão Linear Multivariada para avaliar fatores independentemente associados aos domínios do WHOQOL-BREF

Fonte: elaborado pelo autor.

## 4 | CONCLUSÕES

A execução desta pesquisa pôde confirmar estatisticamente o impacto do processo de trabalho nos diferentes domínios da qualidade de vida.

Foi possível verificar que o domínio mais afetado pelo trabalho é o ambiente, estando diretamente ligado às variáveis de renda e de uso de medicamentos. As variáveis que permaneceram significativamente associadas a esse domínio após o ajuste foram: renda familiar mensal e fazer uso de medicamentos. Os escores médios no domínio ambiente foram significativamente mais elevados nos agentes comunitários que não fazem uso de medicamentos.

O domínio psicológico demonstrou-se afetado pela renda familiar, pelo nível de escolaridade, pelo fato de faltar ao trabalho por motivo de doença e de fazer uso de medicamentos. Os escores médios no domínio psicológico e geral foram significativamente maiores nos profissionais que não faltam ao trabalho por motivo de doença e não fazem

uso de medicamentos.

O domínio físico está relacionado a ter à disposição o material necessário para o trabalho, fazer uso de medicamentos e ser da religião evangélica. Os escores médios foram significativamente maiores nos profissionais que têm à disposição o material necessário para o seu trabalho, não faltam ao trabalho por motivo de doença e não fazem uso de medicamentos

Em relação ao domínio social, somente faltar ao trabalho por motivo de doença permaneceu associado estatisticamente a esse desfecho.

O escore geral de qualidade de vida recebeu influência do número de famílias cadastradas. Por fim, as variáveis que permaneceram significativamente associadas ao escore geral do WHOQOL-BREF após o ajuste foram: faltar ao trabalho por motivo de doença e fazer uso de medicamentos.

O estudo gerou reflexões acerca do processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde do município de Campo Bom, no Rio Grande do Sul. Espera-se que com o levantamento e a publicação desses dados seja possível sensibilizar o poder público e fomentar novas pesquisas que busquem maior reconhecimento e valorização destes profissionais.

## REFERÊNCIAS

AMATUZZI, M. M. O significado da psicologia humanista, posicionamentos filosóficos implícitos. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 41, n. 4, p. 88–95, 5 maio 1989.

AQUINO, C. P. **Administração de recursos humanos: uma introdução**. [s.l.: s.n.].

BEZERRA, A. F. B.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. DO; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 809–815, 2005.

BRASIL. **Lei nº 11.350 - Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11350.htm)>. Acesso em: 6 ago. 2019.

BRAZIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. **Programa Agentes Comunitários de Saúde, PACS**. [s.l.] Ministério da Saúde, 2001.

COSTA, F. M. DA; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. DE. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 38–44, 2009.

DE OLIVEIRA, A. R. et al. Satisfação e limitação no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 12, n. 1, 2010.

DEJOURS, C. et al. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. [s.l.] Atlas São Paulo, 1994.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. DE C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347–355, 2005.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de saúde pública**, v. 34, p. 178–183, 2000.

HAIR JUNIOR, J. F. et al. Multivariate data analysis. **New Jersey**, 1998.

KAMI, M. T. M. **Absenteísmo relacionado a doenças em agente comunitário de saúde: novo olhar do enfermeiro**. . In: 61º CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 2009

KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. et al. Avaliação da qualidade de vida geral de agentes comunitários de saúde: a contribuição relativa das variáveis sociodemográficas e dos domínios da qualidade de vida. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 29, n. 2, p. 176–183, ago. 2007.

KUROGI, M. S. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. **Revista de Ciências Gerenciais**, v. 12, n. 16, p. 63–76, 2008.

LINO, M. M. et al. PERFIL SOCIOECONÔMICO, DEMOGRÁFICO E DE TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. **Cogitare Enfermagem**, v. 17, n. 1, 31 mar. 2012.

MARX, K. **O Capital-Livro 1: Crítica da economia política. Livro 1: O processo de produção do capital**. [s.l.] Boitempo Editorial, 2015.

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADO, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 5, p. 1375–1386, maio 2013.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, p. 341–349, out. 1991.

MINAYO, M. C. DE S.; HARTZ, Z. M. DE A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & saúde coletiva**, v. 5, p. 7–18, 2000.

NASCIMENTO, G. M. DO. Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto-SP. 2003.

NUNES, M. DE O. et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, p. 1639–1646, dez. 2002.

REIS, R. J. DOS et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 616–623, 2003.

SALGADO, V. A. B. Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial. **Revista do Serviço Público**, v. 45, n. 2, p. 251–252, 1994.

SANTOS, K. T. DOS et al. Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1023–1028, 2011.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

SILVA, A. T. C. DA; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 921–929, out. 2008.

SILVA, D. M. P. P. DA; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 8, n. 5, p. 44–51, 2000.

TANNENBAUM, A. S.; KAHN, R. L. Organizational control structure: A general descriptive technique as applied to four local unions. **Human Relations**, v. 10, n. 2, p. 127–140, 1957.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, n. 1, p. 66–74, 2007.

TRINDADE, L. DE L. et al. Cargas de trabalho entre os agentes comunitários de saúde. **Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 28, n. 4 (dez. 2007), p. 473-479**, 2007.

URSINE, B. L.; TRELHA, C. S.; NUNES, E. DE F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Rev. bras. saúde ocup.**, v. 35, n. 122, dez. 2010.

VASCONCELLOS, N. DE P. C.; COSTA-VAL, R. AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE LAGOA SANTA - MG. **Revista de APS**, v. 11, n. 1, 28 jun. 2008.

VILELA, R. A. DE G.; SILVA, R. C. DA; JACKSON FILHO, J. M. Poder de agir e sofrimento: estudo de caso sobre Agentes Comunitários de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 289–302, 2010.

## O CUIDADO DA INTEGRALIDADE DO PACIENTE MASTECTOMIZADO NA PERSPECTIVA ESTÉTICA

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 03/05/2021*

### **Rozemy Magda Vieira Gonçalves**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/1888461328023374>

### **Terezinha de Fátima Gorreis**

Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Porto Alegre - RS  
<http://lattes.cnpq.br/5389546488481447>

**RESUMO:** O câncer de mama é o tipo mais comum entre as mulheres e ultimamente seu tratamento evolui muito com as mastectomias. Sendo este, um processo cirúrgico doloroso e complicado. Ao mesmo tempo, a mutilação de um órgão feminino muito importante para as mulheres representante da maternidade, da feminilidade e da sexualidade, que influencia negativamente na qualidade de vida dessas mulheres acarretando declínio da autoimagem. A reconstrução mamária tem por objetivo restabelecer a estética corporal e melhorar a autoimagem da paciente. É imprescindível refletir sobre a arte da enfermagem vinculada à integralidade das pessoas e não apenas às suas doenças, mas quando a mulher necessita se submeter à mastectomia, em que provoca uma alteração evidente no contorno do corpo, esse processo pode ser ainda mais difícil, pois tal alteração ocasiona sentimentos de estranheza, sofrimento, autodepreciação provocados pela

não aceitação da perda da mama; de forma que a compreensão de tais reações deve levar em conta o componente simbólico ligado às mamas, relacionado à maternidade, à fertilidade, à reprodução e à sexualidade. Este trabalho tem uma abordagem qualitativa embasado nos resultados da revisão de literatura em bases científicas. Verificou-se a necessidade de ampliação de estudos nesta área, para que se desenvolvam protocolos assistenciais, no intuito de aprimorar o atendimento da enfermeira no cuidado integral e estético.

**PALAVRAS-CHAVE:** Mastectomia; Integralidade do cuidado; Estética; Mulheres mastectomizadas.

### CARING FOR THE INTEGRALITY OF THE MASTECTOMIZED PATIENT FROM THE AESTHETIC PERSPECTIVE

**ABSTRACT:** Breast cancer is the most common type among women and lately their treatment has greatly improved with mastectomies. Being this, a surgical process painful and complicated. At the same time, the mutilation of a very important female organ for women representative of motherhood, femininity and sexuality, which negatively influences the quality of life of those women leading to declining self-image. Breast reconstruction aims to restore body aesthetics and improve the patient's self-image. It is imperative to reflect on the nursing art related to the integrality of people and not only to their illnesses and when the woman needs to submit mastectomy, which causes an obvious alteration on their body, this process can be even more difficult, since such alteration causes feelings of estrangement, suffering, self-depreciation caused

by non-acceptance by the loss of the breast; so that the understanding of such reactions should take into account the symbolic component related to the breasts, related to maternity, fertility, reproduction and sexuality. This work has a qualitative approach based on the results of literature review on a scientific basis. There was a need to expand studies in this area in order to develop care protocols and improve the nurse's care in integral and aesthetic care.

**KEYWORDS:** Mastectomy; Integrality of Care; Aesthetics; Mastectomized Women.

## 1 | INTRODUÇÃO

Tendo em vista o aumento da expectativa de vida populacional, observa-se a preocupação com a autoestima e autoimagem, com o ser belo. O indivíduo busca melhorar sua aparência, cultivar hábitos mais saudáveis, buscar saúde e bem-estar como alternativa aos estressores de seu cotidiano. Esta abordagem é focada no desenvolvimento das potencialidades humanas e alinha-se à compreensão de que a saúde mental não é apenas a ausência dos transtornos mentais, mas incluem características positivas, como o bem-estar e estratégias adaptativas de manejo do estresse (ZIMMER-GEMBECK et al., 2018).

Profissionais das mais diversas áreas preocupam-se em satisfazer os interesses dessa clientela. Busca-se resolutividade para os problemas estéticos através de uma gama cada vez maior de procedimentos, uns mais, outros menos invasivos, que necessitem pouca ou nenhuma hospitalização e que o cliente tenha como expor suas preferências, a partir do que ele considera relevante (PEPINO, 2020).

Ferreira (2004) contextualiza de forma cada vez mais presente e ainda mais atual nos dias de hoje, o crescente desenvolvimento da estética médica, essencialmente a partir do ano de 1990, com o desenvolvimento de novas técnicas mais eficazes e menos invasivas. A partir desta diversidade, observa-se a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, com a aplicação dos melhores métodos de diversas especialidades.

Para Jurado e Jurado (2020), o profissional enfermeiro é quem ajuda promover o aumento da autoestima e melhora no bem-estar dos seus clientes, cuidando do ser humano em sua integralidade (psíquica, espiritual, física e social), pois a beleza e a aparência, muitas vezes, podem afetar gravemente a saúde podendo causar distúrbios de imagem, alimentares, automutilação e depressão.

Como o enfermeiro atua considerando o tripé “bem-estar, conforto e equilíbrio” dos usuários dos serviços de saúde, e na atualidade este profissional possui inserção em vários segmentos de atuação profissional e tem como premissa em sua base de formação que o sentido estético na saúde necessita compreender o atendimento das necessidades humanas básicas das pessoas com direcionamento a prevenção, a promoção e a reabilitação da saúde.

Precisamos ser presentes no cuidar, conhecer seu próprio ser e buscar entender o outro/cliente através da empatia, da compreensão e aceitação da sua integralidade, do seu ser. Aqui encontramos um indicativo para transcender o paradigma biomédico: os

cuidados ao cliente, para serem completos, centram-se em mais do que fazer. Para poder contemplar as questões do ser, é preciso atender de forma holística e humanizada cada indivíduo/cliente como um todo.

A arte de Enfermagem está vinculada à integralidade das pessoas e não apenas às suas doenças. O enfermeiro deve suprir as necessidades humanas, atento das conformidades com os preceitos éticos e legais dessas ações que visam satisfazer as necessidades de saúde, mesmo dentro da perspectiva estética. Deve como preceito pensar no cuidar de pessoas e não no curar doenças; interagir nas condições de saúde e nas situações que implicam em risco de vida, e entender que a própria pessoa se cura a partir de sua intencionalidade para utilizar seus potenciais de reação humana. Recordando que a profissão tem a ver com a intencionalidade e a responsabilidade profissional tanto no pré-operatório quanto no pós-operatório de toda mastectomia ou mamoplastia.

Segundo dados do INCA (2019), o câncer de mama é uma doença desafiadora, que predomina entre a população feminina nos últimos tempos. Ao analisar os dados, sem avaliar os tumores oriundos do melanoma, o câncer (CA) de mama em mulheres é o mais frequente entre todas as localidades do Brasil, com risco ratificado “de 81,06 por 100 mil na Região Sudeste; de 71,16 por 100 mil na Região Sul; de 45,24 por 100 mil na Região Centro-Oeste; de 44,29 por 100 mil na Região Nordeste; e de 21,34 por 100 mil na Região Norte; é considerado o segundo câncer de maior incidência mundial” (INCA, 2019, p. 34). Mas a cada ano o aumento de casos é recorrente.

Em nosso país, acredita-se que surgirão aproximadamente 66.280 eventos novos de câncer mamário no período entre 2020 e 2022. Esse dado demonstra um risco de 61,61 novos episódios a cada 100 mil pessoas do sexo feminino (INCA, 2019).

Associado a ideia de qualidade de vida, ou a falta dela, ressaltam-se as perdas que acompanham o câncer mamário. A perda da mama, ou parte dela, quando acompanhada do tratamento de quimioterapia, acarreta outras perdas secundárias, tais como a perda do cabelo, interrupção parcial ou total da menstruação, limitações quanto à alimentação, imunidade, entre outras. Essas questões são essenciais para a condição da feminilidade e estética da mulher; essas perdas a fragilizam, trazendo sentimentos de medo, de ameaças, de morte, que não desaparecem mesmo com a retirada somente do tumor do câncer mais localizado. No caso da retirada total da mama (mastectomia radical), é inevitável o grande abalo emocional na vida da mulher, justamente porque a mama carrega esse simbolismo sexual e de feminilidade (PRADO et al., 2020).

O objetivo que norteou este trabalho foi de abordar o cuidado da integralidade da paciente mastectomizada na perspectiva estética para ofertar um cuidado holístico do ser/cliente.

## 2 | MATERIAIS E MÉTODOS

Este é um estudo de revisão descritiva, com abordagem qualitativa, por meio de revisão de literatura, a fim de abordar o cuidado da integralidade da paciente mastectomizada na perspectiva estética para ofertar um cuidado holístico do ser/cliente. Para o levantamento do estudo, foram utilizadas as bases de dados do Scientific Electronic Library Online (SciELO), Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME), Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLINE) e PubMed no período de março a abril de 2020. Os indicadores utilizados para a busca dos periódicos científicos foram: mastectomia, integralidade do cuidado, estética e mulheres mastectomizadas.

Foram encontrados vários trabalhos que abordam a temática, mas os critérios utilizados para inclusão no estudo foram as publicações de artigos, monografias e outros, publicados em periódicos nacionais no período de 2004 a 2020 e que abordavam aspectos relevantes para o estudo. Assim, os critérios de exclusão foram publicações fora desse período de publicação e que não contemplavam a pesquisa.

## 3 | RESULTADOS

A mama é vista, na atual sociedade, com um símbolo corpóreo da sexualidade, feminilidade e ligada à construção da identidade da mulher, o que leva a pensar que qualquer patologia que ameace esse órgão leva a uma perda da autoestima e alteração na sua autoimagem, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição (PRADO et al., 2020).

Neste sentido, quando a mulher necessita se submeter à mastectomia, a qual provoca uma alteração evidente no contorno do corpo, esse processo pode ser ainda mais difícil, pois tal alteração ocasiona sentimentos de estranheza, sofrimento, autodepreciação provocados pela não aceitação decorrente da perda da mama; de forma que a compreensão de tais reações devem levar em conta, o componente simbólico ligado às mamas, relacionado à maternidade, à fertilidade, à reprodução e à sexualidade.

O câncer de mama pode ser uma manifestação procedente de diversos fatores e existem algumas medidas terapêuticas. Entre elas, quando indicado, a mastectomia. É um processo cirúrgico, onde são realizadas as excisões amplas ou radicais, que é a remoção do tumor primário, linfonodos, estruturas adjacentes afetadas e tecidos circunvizinhos que possam estar em alto risco para a disseminação tumoral. Esse método cirúrgico pode resultar em desfiguração e no funcionamento alterado dessa região acometida. É o que mais afeta a mulher, pois tem a função de fazer a ressecção do tumor, que pode acometer a retirada parcial ou total da mama da mulher (PRADO et al., 2020).

Culturalmente, o câncer de mama é caracterizado como uma doença que pode



levar à morte, de uma forma ameaçadora, ocasionando constrangimento para a vida da mulher. Este preconceito social pode influenciar o auto preconceito dessas mulheres com seu corpo relacionado principalmente com a estética.

E a estética exerce suas funções em conjunto com os profissionais da área da saúde, como enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, biomédicos, médicos e outros, para que haja promoção da saúde, tanto nos cuidados da patologia quanto no aumento da autoestima e bem-estar. Abrangendo os aspectos positivos, não somente no físico, mas também no emocional do paciente/cliente (SILVA; SILVA, 2017). “Contribuindo com cuidados no visagismo, micropigmentação da aréola mamária, drenagem linfática, implante mamário e com cuidados paliativos, que nada mais é promover o bem-estar e uma melhor qualidade de vida do paciente oncológico” (SILVA; SILVA, 2017, p. 1).

A mastectomia é um processo cirúrgico doloroso e complicado. Ao mesmo tempo, a mutilação de um órgão feminino muito importante para as mulheres representante da maternidade, da feminilidade e da sexualidade feminina que influencia negativamente na qualidade de vida dessas mulheres, acaba acarretando declínio da autoimagem. A reconstrução mamária tem por objetivo restabelecer a estética corporal e melhorar a autoimagem da paciente, restaurando o volume perdido e assegurando a simetria com a mama contralateral (PAREDES et al., 2013).

A sexualidade e a imagem corporal são elementos muito importantes da identidade, do autoconceito e das relações afetivas. Esses aspectos são, geralmente, comprometidos no câncer de mama. Nesse contexto, a reparação da mama pode devolver à mulher sua autoestima e auxiliar na reconstrução da autoimagem, devolvendo-lhe a sensação de estar inteira novamente (MANOROV et al., 2020).

A mulher com sua integridade física ameaçada, o amor consigo mesma também se torna ameaçado, podendo provocar mudanças em todos os âmbitos de sua vida. A partir desses dados, é de grande importância que a mulher mastectomizada seja muito bem assistida em todo esse contexto extremamente difícil.

Estudo feito por Araújo et al. (2010), em que acompanhou o resultado pós-mastectomia com reconstrução mamária, revelou-se satisfatório e especial nos quesitos sociais e dos resultados do procedimento plástico, com contentamento na aparência observada pela própria paciente e no quesito de satisfação sexual, isso resulta a importância deste procedimento para o bem-estar das pacientes e melhora da qualidade de vida.

Já Manorov et al. (2020), apontam em seu estudo que as mulheres estadas em como fragilidades no acesso a assistência em saúde, devido:

À falta de informações sobre a doença, o que pode ser associado ao número reduzido de profissionais qualificados para um cuidado holístico às mulheres com câncer, podendo influenciar nas dificuldades de diagnóstico e início do tratamento em tempo oportuno, bem como nos obstáculos para a realização da reconstrução mamária. (MANOROV et al., 2020, p.14)

As mulheres mastectomizadas submetidas à reconstrução mamária, quando a cirurgia é bem executada por uma equipe treinada e especializada, pode trazer excelentes resultados, favorecendo o reestabelecimento do papel social da mulher e promover a sua qualidade de vida (CAMMAROTA et al., 2019). Assim, a cirurgia reparadora de mama pode ser considerada como potencialidade tanto da assistência privada, como do Sistema Único de Saúde (SUS) no ponto de vista estético (MANOROV et al., 2020).

#### 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

As mulheres, de maneira geral, sofrem influência na sua identidade feminina pela busca massiva à beleza corporal idealizada pela mídia. A aparência torna-se algo importante, em que mudanças no seu corpo podem desencadear sentimentos negativos.

O tratamento cirúrgico do câncer de mama deve ser bem planejado, buscando um resultado adequado do ponto de vista estético. Vale ressaltar que no estudo de revisão bibliográfica se evidenciou a escassez de estudos sobre as competências assistenciais e procedimentos estéticos referentes à enfermagem.

Percebemos então, a necessidade de ampliação de estudos nesta área para que se desenvolvam protocolos assistenciais no intuito de aprimorar o atendimento da enfermeira no cuidado integral e estético.

Desta forma, as mulheres submetidas à mastectomia merecem maior atenção dos profissionais de saúde e, por sua vez, necessitam principalmente de intervenções humanizadas que possam minimizar as dificuldades experienciadas durante todo tratamento do câncer de mama. O cuidado da paciente mastectomizada vai muito além de uma simples reconstrução mamária, pois envolve questões relacionadas à maternidade, à fertilidade, à reprodução e à sexualidade. Assim como fatores relacionados com sua autoimagem e autoestima, o que acarreta declínio psicológico e emocional.

Neste contexto verificou-se a importância de aprimoramento, maior qualificação e atuação profissional da enfermagem estética, visando maior qualidade de vida, um cuidado integral e humanizado na busca de um resultado mais satisfatório para essas mulheres que passaram pela mastectomia.

Contudo, o enfermeiro é certamente o profissional mais qualificado pelas atribuições que exerce junto ao cliente e equipe, sendo o articulador e o integrador no processo do cuidado integral na perspectiva estética, pois possui uma visão integral do cuidado (psíquico, espiritual, físico e social), o que contribui para dar o suporte necessário e humanizado, tanto nas orientações dos procedimentos estéticos, quanto nos cuidados físicos e emocionais, contribuindo para o bem-estar do paciente/cliente.

## REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, N. A. L. E.; FRANÇA, J. C. Q.; NUNES, A. L.; SILVA JÚNIOR, V. B.; VIEIRA, S. C. grau de satisfação após mastectomia com reconstrução mamária. *Revista Arquivos Catarinenses de Medicina*, [s. l.], v. 39, n. 2, abr./jun. 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-664852>>.
- CAMMAROTA, M. C.; CAMPOS, A. C.; FARIA, C. A. D. C.; SANTOS, G. C.; BARCELOS, L. D. P.; DIAS, R. C. S. Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 45-57, 2019. Disponível em: <<http://www.rbcp.org.br/details/2344/qualidade-de-vida-e-resultado-estetico-apos-mastectomia-e-reconstrucao-mamaria>>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- FERREIRA, M. C. Prefácios. In: MAIO, M. **Tratado de Medicina Estética. Vol. 3.** São Paulo: Roca, 2004. p. XIII.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2020:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- JURADO, S. R.; JURADO, S. V. Enfermagem estética: avanços, dilemas e perspectivas. *Global Academic Nursing Journal*, [s. l.], v. 1, n. 1, e8, ago. 2020. DOI: <<https://dx.doi.org/10.5935/2675-5602.20200008>>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- MANOROV, M.; SOUZA, J. B.; MADUREIRA, V. S. F.; REIS, L. Potencialidades e fragilidades no acesso ao tratamento oncológico: perspectiva de mulheres mastectomizadas. *Revista de Enfermagem da UFSM, Santa Maria (RS)*, v. 10, e7, p. 1-20, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5902/2179769239299>>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- PAREDES, G. C.; PESSOA, S. G. de P.; PEIXOTO, D. T. T.; AMORIM, D. N. de; ARAÚJO, J. S.; BARRETO, P. R. A. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de paciente mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica Walter Cantideo. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 100-104, jan./mar. 2013. DOI: <<https://doi.org/10.1590/s1983-51752013000100017>>.
- PEPINO, L. L. **Quais são os principais procedimentos estéticos procurados no país?** 23 jan. 2020. Disponível em: <<https://www.lucianapepino.com.br/blog/procedimentos-cirurgicos/principais-procedimento-esteticos/>>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- PRADO, A. S.; MACIEL, B. F.; TEIXEIRA, F. F. S.; FAGUNDES, G. R. S. Os benefícios da drenagem linfática pós-mastectomia. *Id on Line*, [s. l.], v. 14, n. 52, p. 362-373, out. 2020. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/2720>>. Acesso em: 18 abr. 2021.
- SILVA, N. F. C. da; SILVA, S. S. da. **A importância da estética em pacientes mastectomizadas.** 2017. 32 f. Monografia (Graduação em Estética) – Centro Universitário Hermínio da Silveira – IBMR, Laureate International Universities, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.ibmr.br/files/tcc/a-importancia-da-estetica-em-pacientes-mastectomizadas-natalia-farias-cardoso-da-silva-e-stefani-santana-da-silva.pdf>>.
- ZIMMER-GEMBECK, M. J.; SKINNER, E. A.; MODECKI, K. L.; WEBB, H. J.; GARDNER, A. L.; HAWES, T.; RAPEE, R. M. The self-perception of flexible coping with stress: A new measure and relations with emotional adjustment. *Cogent Psychology*, [s. l.], v. 5, n. 1, out. 2018. DOI: <<https://dx.doi.org/10.1080/23311908.2018.1537908>>.

# CAPÍTULO 15

## O EXERCÍCIO FÍSICO ASSOCIADO À REMISSÃO DO DIABETES MELLITUS TIPO 2

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 05/05/2021

### **Anna Lídia Masson Roma**

Universidade de Rio Verde – UNIRV  
Rio Verde – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/0132974827725058>

### **Antônio Ribeiro da Costa Neto**

Universidade de Rio Verde- UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/9516579337998438>

### **Eduarda Ferreira Brantis**

Universidade de Rio Verde- UNIRV  
Goianésia- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/7006972550617607>

### **Fábio Bueno Neves**

Universidade de Rio Verde- UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/6421257624116926>

### **Gabriel Moraes de Carvalho**

Universidade de Rio Verde- UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/0284477795169043>

### **Giovanna Masson Roma**

Universidade de Rio Verde – UniRV  
Rio Verde – Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/3844459125487772>

### **Juliana Hertel Cardoso de Vasconcelos**

Universidade de Rio Verde-UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/2679689424711525>

### **Letícia Paula Correia**

Universidade de Rio Verde-UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/9391717598123074>

### **Maria Gabriella Cunha Batista**

Universidade de Rio Verde- UNIRV  
Goianésia- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/1694574049285990>

### **Rafaela Pereira Nascimento**

Universidade de Rio Verde-UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/2270908999229291>

### **Samuel David Oliveira Vieira**

Universidade de Rio Verde-UNIRV  
Rio Verde- Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/6037514758494593>

### **Ana Cecília Johas Marques da Silveira Leão Vaz**

Universidade de Rio Verde-UNIRV  
Rio Verde-Goiás  
<http://lattes.cnpq.br/9468277417065974>

**RESUMO:** O presente trabalho aplicou a metodologia de revisão integrativa de literatura no qual, foi coletado diferentes dados, com a temática voltada ao exercício físico associado à remissão da diabetes mellitus tipo 2. A discussão teve como análise o exercício físico de intensidade moderada por pelo menos três vezes na semana, havendo a relação com a diminuição da hemoglobina glicada, IMC, LDL, circunferência abdominal e glicose sanguínea basal. Conclui-se que o exercício físico supervisionado por

profissionais competentes proporciona resultados no controle do DM2 e, até mesmo, a sua remissão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Diabetes mellitus tipo 2, Exercício Físico, Remissão.

## THE PHYSICAL EXERCISE ASSOCIATED WITH THE REMISSION OF DIABETES MELLITUS TYPE 2

**ABSTRACT:** The present study applied the methodology of integrative literature review in which different data were collected, with the theme focused on physical exercise associated with the remission of type 2 diabetes mellitus. The discussion had as analysis the physical exercise of moderate intensity for at least three times a week, with a relationship with decreased glycated hemoglobin, BMI, LDL, waist circumference and basal blood glucose. It is concluded that the physical exercise supervised by competent professionals provides results in the control of DM2 and, even, its remission.

**KEYWORDS:** Type 2 Diabetes mellitus, Physical Exercise, Remission.

### 1 | INTRODUÇÃO

O diabetes mellitus (DM) destaca-se, atualmente, como uma importante causa de morbidade e mortalidade. Nesse contexto é importante avaliar a relação entre o estilo de vida saudável por meio da dieta e da prática do exercício físico na remissão da diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Segundo Parra-Sánchez et al. (2015), o exercício físico é considerado uma das bases do tratamento do DM2 devido aos seus efeitos benéficos no metabolismo da glicose.

Nesse quesito, Mendes et al. (2013) demonstrou que o exercício físico pode exercer função insulínica, pois otimiza a captação de glicose para o meio intracelular independente do aumento da secreção de insulina pelo pâncreas endócrino, o que favorece o controle glicêmico de pessoas acometidas pelo DM2.

Além disso, o exercício físico promove um aumento na translocação de transportadores de glicose responsivos à insulina (GLUT4) dos depósitos intracelulares para a superfície celular. O GLUT4 promove a captação de glicose, o que provavelmente explica o aumento geral na sensibilidade à insulina (MCAULEY, 2002).

### 2 | OBJETIVOS

Avaliar a ação do exercício físico no controle glicêmico e, conseqüentemente, na remissão da DM2.

### 3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, de natureza qualitativa, por meio

de coleta de dados eletrônicos nas bases de dados: PubMed, Lilacs e UpToDate, nas quais foram utilizados os descritores “Diabetes Mellitus Tipo 2”, “Exercício Físico” e “Remissão”. Assim, os critérios de inclusão foram artigos com recorte temporal dos últimos 10 anos, nos idiomas português, espanhol e inglês. Os critérios de exclusão foram artigos que não apresentavam metodologia, linguagem adequada e não abordavam a área de interesse. Após o levantamento dos dados, fez-se interpretação e análise das informações.

## 4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Parra-Sánchez et al. (2015), o exercício físico produz aumento na sensibilidade à insulina, posteriormente alcançando um melhor controle glicêmico, com redução na hemoglobina glicada (HbA1c). Como resultado, obteve-se que um programa de exercício físico (EF) aeróbia realizado foi associado, em pacientes de 65 a 80 anos, a uma melhora no controle do DM2, medido pela redução da HbA1c. Também está associado a uma melhora em outros fatores: IMC, colesterol, colesterol total e LDL. Além disso, García et al (2011) mostrou a influência do exercício físico em pacientes com DM2 acima de 60 anos, evidenciando a redução da HbA1c, IMC, circunferência abdominal e glicose sanguínea basal após um programa de exercício físico supervisionado 5 dias na semana por 45 minutos e com resultados na melhora do controle glicêmico após seis meses desse programa. Por fim, conclui-se que um programa de EF aeróbica supervisionado, fácil de executar e com baixa incidência de complicações podem ser uma estratégia eficaz para controlar o DM2, com relação aos parâmetros de HbA1c e colesterol.

Conforme Andrade et al. (2015) um estudo experimental com pacientes entre 40 e 60 anos de idade, com DM2, os quais foram submetidos a exercícios físicos aeróbicos de moderada intensidade 3 vezes por semana ao longo de 12 semanas, a fim de se avaliar o efeito da atividade física sobre o controle glicêmico e sobre o *clearance* de creatinina. Como resultado, obteve-se que a glicemia de jejum não apresentou redução significativa, porém a glicemia pós-prandial apresentou redução estatisticamente significativa nas 8<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> semanas em comparação ao início do estudo. Vale salientar que esses índices reduziram independentemente do uso de hipoglicemiantes. Ademais, os níveis de hemoglobina glicada reduziram apenas após a 12<sup>a</sup> semana, indicando que o efeito cumulativo do exercício físico favoreceu o controle glicêmico do DM2 em longo prazo. Com relação ao *clearance* de creatinina, sabe-se que o controle glicêmico inadequado eleva a gliconeogênese, aumentando, então, esse *clearance*. Nesse quesito, os pacientes submetidos ao estudo de Andrade et al. (2015) tiveram o *clearance* de creatinina reduzido significativamente após a 12<sup>a</sup> semana de treinamento, evidenciando uma mudança no padrão catabólico para anabólico, resultado da utilização energética de glicose e da redução da degradação proteica. Logo, percebe-se que a prática de exercício físico, monitorada por um profissional competente, promove melhorias em pessoas com DM2, independentemente do tipo de

patologia e do uso de hipoglicemiantes.

Segundo Oishi JC. (2016), a adiposidade associada à obesidade se relaciona com o aumento de marcadores inflamatórios, aumento da resistência à insulina, aumento da hiperinsulinemia e do estresse oxidativo. Portanto, percebe-se a associação entre obesidade e diabetes. Nessa circunstância, o ensaio clínico de Orellano et al. (2018) submeteu pacientes com DM2 entre 55-70 anos, obesos (IMC  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) e sedentários a um programa de exercícios físicos e dieta por 20 semanas. Os participantes foram divididos em grupo de intervenção e grupo controle. Então, resultou-se que após o programa, o IMC, a HbA1c, a circunferência da cintura e a IL-6 (marcador inflamatório de adiposidade) apresentaram uma redução estatisticamente significativa no grupo intervenção em relação ao grupo controle. Logo, conclui-se que a prática de exercícios físicos reduz os marcadores inflamatórios associados com a obesidade, assim como a melhora do controle glicêmico, proporcionando maior sensibilidade à insulina.

Segundo Gregg et al. (2003), em um estudo de coorte prospectivo de adultos diabéticos aqueles que caminharam por pelo menos duas horas por semana tiveram taxas de mortalidade cardiovasculares mais baixas quando comparados com indivíduos inativos. As taxas foram ainda mais baixas para aqueles que caminharam de três a quatro horas por semana. O efeito protetor foi independente de sexo, idade, raça, IMC, duração do diabetes, comorbidades e limitações físicas. Portanto, percebe-se que o exercício físico tem efeito protetor cardiovascular em pacientes diabéticos tipo 2, pois segundo Sluik et al. (2012) o nível mais alto de atividade física foi associado a menor risco de mortalidade geral.

## 5 | CONCLUSÃO

Por fim, conclui-se que uma intervenção por meio de exercício físico supervisionado por profissionais competentes é capaz de proporcionar resultados, tais como: a melhora do controle glicêmico evidenciada por meio da redução da HbA1c e glicemia pós-prandial, assim como, a melhora no controle do perfil lipídico, baseada na redução do IMC, da circunferência abdominal e do colesterol. Dessa forma, é possível obter resultados significativos no controle do DM2 e, até mesmo, a sua remissão.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE *et al.* Exercício físico de moderada intensidade contribui para o controle de parâmetros glicêmicos e clearance de creatinina em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 : Aerobic physical training at moderate intensity contributes to the control of glycemic parameters and clearance of creatinine in individuals with Diabetes Mellitus type 2. **Revista brasileira de ciência & movimento**, BRASIL, v. 24, n. 1, p. 118-126, jun./2016. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859601>. Acesso em: 14 abr. 2021.

C, O. *et al.* Efecto del ejercicio sobre la inflamación y ferritina sérica en pacientes con obesidad y diabetes mellitus 2 : Effect of exercise on inflammation and serum ferritin in patients with obesity and type 2 diabetes mellitus. **Revista chilena de endocrinología y diabetes**, CHILE , v. 11, n. 4, p. 161-170, jan./2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-968669>. Acesso em: 14 abr. 2021.

GARCÍA, J. C. F. *et al.* Endocrinología y Nutrición: Beneficios de un programa ambulatorio de ejercicio físico en sujetos mayores con diabetes mellitus tipo 2. **ELSEVIER**, Espanha, v. 58, n. 8, p. 387-394, out./2011. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2173509311000249>. Acesso em: 18 abr. 2021

GREGG, E. W. *et al.*, 2003. (Relationship of walking to mortality among US adults with diabetes). **Arch Intern Med** v. 163 p. 1440-7, Jun, 2003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12824093/>. Acesso em: 13. Mar. 2021.

LLOPIS, Pablo Quílez; GARCÍA-GALBIS, Manuel Reig. Controle Glicêmico por meio de exercícios físicos uma revisão sistemática da diabetes mellitus tipo 2. **nutrición hospitalaria**, Espanha, v. 31, n. 4, p. 1465-1472, abr./2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25795929/>. Acesso em: 20 abr. 2021.

MCAULEY, K. A. *et al.*, 2002. (Intensive lifestyle changes are necessary to improve insulin sensitivity: a randomized controlled trial). **Diabetes Care** v. 25 p. 445-52, Mar, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11874928/> Acesso em: 13. Mar. 2021

PARRA-SÁNCHEZ, J. *et al.* Evaluación de un programa de ejercicio físico supervisado en pacientes sedentarios mayores de 65 años con diabetes mellitus tipo 2. **ELSEVIER**, Espanha, v. 47, n. 9, p. 555-562, nov./2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715000372?via%3Dihub>. Acesso em: 18 abr. 2021.

SLUIK, D. *et al.*, 2012. (Physical Activity and Mortality in Individuals With Diabetes Mellitus: A Prospective Study and Meta-analysis). **Arch Intern Med** v. 172 p. 1285-95, Sep, 2012. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22868663/>. Acesso em: 13. Mar. 2021.



# CAPÍTULO 16

## PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DOS ACIDENTES MOTOCICLÍSTICOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR DO RECÔNCAVO DA BAHIA NO PERÍODO DE 2014 A 2018

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 03/04/2021

### Paula dos Santos Andrade Ferreira

Faculdade de Ciências e Empreendedorismo  
Santo Antônio de Jesus, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/4131485707482477>

### Leonardo de Jesus dos Santos

Faculdade de Ciências e Empreendedorismo  
Santo Antônio de Jesus, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/9325349215496574>

### Graziele Santos Santana Bomfim

Faculdade de Ciências e Empreendedorismo  
Santo Antônio de Jesus, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/1247368196586439>

**RESUMO:** Os acidentes motociclísticos constituem uma violência grave e persistente na saúde pública, sendo um cenário brasileiro complexo e multifacetado. Objetivou investigar o perfil clínico e epidemiológico destes acidentes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Santo Antônio de Jesus (Bahia) no período de janeiro de 2014 a dezembro de 2018. Trata-se de uma pesquisa transversal. Os dados foram coletados através das fichas de atendimento e submetidos ao programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) para a análise estatística descritiva. A população estudada corresponde a 1.481 ocorrências, destas, a maioria são do sexo masculino (73,9%); faixa etária mais acometida entre 21 a 45 anos (72,2%). O turno noturno (37%) houve mais

acidentes; o final de semana (51,5%) apresenta maiores números de ocorrências; as quedas de moto (58,3%) representam a maioria das causas. As escoriações (52,9%) são as lesões mais frequentes; membros inferiores (32,9%) e superiores (17%) são as áreas mais lesionadas. Os resultados enfatizam a necessidade de estratégias específicas, contínuas, multisetoriais e multiprofissionais para redução dos indicadores através da educação a saúde e fiscalização da segurança pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Acidentes de trânsito; Motocicletas; Atendimento pré-hospitalar; Violência.

### CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF MOTORCYCLISTIC ACCIDENTS IN PRE-HOSPITAL CARE OF THE RECÔNCAVO OF BAHIA IN THE PERIOD 2014 TO 2018

**ABSTRACT:** Motorcycle accidents are serious and persistent violence in public health, being a complex and multifaceted Brazilian scenario. This study aimed to investigate the clinical and epidemiological profile of these accidents attended by the Mobile First-Aid Service (*Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU*) in Santo Antônio de Jesus, Bahia from January 2014 to December 2018. This is a cross-sectional survey. The data was collected through incident reports submitted to the software Statistical Package for the Social Science (SPSS) for descriptive statistical analysis. The studied population corresponds to 1,481 occurrences. Of these, the majority are male (73.9%); the age group most affected is between 21 and 45

years (72.2%). At night (37%) there were more accidents; the weekend (51.5%) presents the highest number of occurrences; motorcycle falls (58.3%) represent the majority of causes. Excoriations (52.9%) are the most frequent injuries; lower limbs (32.9%) and upper limbs (17%) are the most injured areas. The results emphasize the need for specific, continuous, multisectoral, and multi-professional strategies to reduce indicators through health education and public security supervision.

**KEYWORDS:** Traffic accident; Motorcycles; Pre-hospital care; Violence.

## 1 | INTRODUÇÃO

O processo de expansão industrial no Brasil iniciado no século XX, favoreceu o crescimento contínuo da frota de veículos terrestres circulantes no Brasil e no mundo. Assim, os transportes individuais motorizados crescem em ritmo e volume inédito, tanto nas regiões metropolitanas como em municípios de menor porte (SINDIPEÇAS; ABIPEÇAS, 2019; CARVALHO, 2016).

Segundo o Mapa de Motorização Individual no Brasil (2019), entre 2008 a 2018, a frota de motocicletas passou de 13 milhões a 26,7 milhões; enquanto a de automóveis mudou de 37,1 milhões para 65,7 milhões. Nesse aspecto, apesar do número de automóveis em circulação no país serem maiores daqueles de motocicletas; o risco de morte é vinte vezes maior sobre duas rodas do que em uma colisão com um automóvel, esse número eleva-se sem o uso do capacete (DETRAN, 2016). Além disso, uma análise comparativa demonstra que a mortalidade causada por motocicletas aumenta com o passar dos anos: 8,3% de mortes em 2000, 24,8% em 2008 e em 2017 registrou-se 33,4% óbitos, sendo que a região Norte e Nordeste apresentaram as maiores taxas (44,5% e 43,4% em 2017, respectivamente) (PROADESS, 2019).

Percebe-se a vulnerabilidade dos motociclistas quanto aos acidentes com elevado risco de mortes, devido a maior exposição corporal para o motorista e passageiro, questões de imprudência, vias públicas inseguras, além do mal relacionamento interpessoal no trânsito. Entretanto, quando não leva ao óbito, ocorre danos físicos e emocionais, assim como as sequelas incapacitantes que exigem longos tratamentos de reabilitação e menores probabilidades de reinserção social e laboral, estes danos são considerados eventos evitáveis e não intencionais (MASCARENHAS et al, 2016; PETENUTI, 2016).

No que tange a morbidade, a cada dez atendimentos registrados no Sistema Único de Saúde (SUS), oito envolvem motociclistas, sendo que em sua maioria a primeira assistência ocorre nos serviços de urgências e emergências e é contínuo em outros setores até a recuperação; isso evidencia altos gastos públicos e custos intangíveis para as vítimas. Nesse sentido, os acidentes no trânsito – com destaque para aqueles relacionados a motocicletas – estão na agenda mundial e brasileira referente aos problemas de saúde pública, por despertar grande preocupação nos indicadores de morbimortalidade, principalmente nos países em desenvolvimento e nas faixas etárias adulto-jovem entre 20 a

39 anos de idade. De modo que, eleva o número de anos potenciais de vida perdidos (APVP) e conseqüentemente reduz a expectativa de vida e a parcela da população produtora de renda (CASAL, 2019; RIZZO et al, 2017).

Nesse contexto, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), criado em 2003, através da Portaria nº 1.864, surge como uma importante estratégia para o atendimento inicial precoce em casos de urgência e emergências tanto de natureza traumática quanto de agravos clínicos, psiquiátricos, cirúrgicos, ginecológicos e obstétricos. Esse serviço pretende diminuir o número de óbitos e sequelas ocasionadas pelo atraso no atendimento, além de reduzir o tempo de internação hospitalar visando o tratamento oportuno e prevenção de agravos (BRASIL, 2003; O'DWYER et al, 2017; ALMEIDA et al, 2016).

O objetivo geral desse estudo consistiu em investigar o perfil clínico e epidemiológico dos acidentes motociclísticos atendidos pelo SAMU em Santo Antônio de Jesus-BA e em região circunvizinha, entre os anos de 2014 a 2018.

Esta pesquisa se justifica pela relevância em conhecer as características dos acidentes motociclísticos, visualizar a realidade regional; a fim de possibilitar a criação de indicadores para gerar impacto na gestão pública e nas redes de saúde. Assim, para melhor intervir e planejar iniciativas de educação a saúde e prevenção. Além disso, esse estudo é importante para o meio científico da enfermagem pois contribui para a melhoria contínua da assistência, pesquisa e ensino no contexto do atendimento pré-hospitalar aos traumas motociclísticos, tendo em vista que há poucos estudos sobre esta temática no recôncavo baiano.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com delineamento transversal (período de 2014 a 2018) e natureza quantitativa, referente aos acidentes envolvendo motocicletas atendidos pelo SAMU de Santo Antônio de Jesus, cidade do interior baiano. O município situa-se a 195,8 km da capital. Sua população estimada em 2019 correspondia a 101.512 habitantes. Possui uma área territorial de 261,740 km<sup>2</sup> (IBGE, 2020). Dispõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no município, com uma Unidade de Suporte Básico (USB) e Unidade de Suporte Avançado (USA), esta última no ano de 2018 era responsável por prestar atendimento a 27 cidades circunvizinhas que não possuem USA nas suas bases descentralizadas.

Os participantes do estudo foram indivíduos de ambos os sexos, a partir dos dezoito anos de idade, que sofreram traumas provenientes de acidentes envolvendo motocicletas, atendidos pela USA e/ou USB do SAMU no município de Santo Antônio de Jesus-BA e suas áreas de abrangência.

Os dados foram coletados através das fichas de atendimento do SAMU/SAJ

relacionados aos acidentes motociclísticos (2014-2018), arquivadas no serviço, a partir da consulta manual. Sendo empregado um instrumento de coleta de dados, contendo as variáveis a serem investigadas: ano, sexo, turno, idade, dia da semana, causas, tempo de chegada, local da ocorrência, lesões, segmentos anatômicos lesionados, ambulância enviada, Glasgow (nível de consciência), acidente de trabalho, uso de capacete, suspeita do uso de álcool e óbito na cena.

O universo da pesquisa envolve todas as fichas de atendimento de acidente de trânsito envolvendo carros e motocicletas registradas no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2019. A amostra foi constituída por todas ocorrências envolvendo motocicletas. Os dados foram analisados através do *Software Statical Program for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 e analisadas de forma descritiva (frequência absoluta e percentual).

O presente trabalho atende os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, o mesmo é de origem do projeto intitulado: "Perfil clínico e epidemiológico dos traumas automobilísticos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência no interior da Bahia". Este com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) de Cruz das Almas, sob parecer consubstanciado nº 3.640.119, CAAE: 17503919.8.0000.0056.

### 3 | RESULTADOS

No período estudado houve 2.094 fichas de atendimentos realizados pelo SAMU na cidade sede Santo Antônio de Jesus e em regiões circunvizinhas, relacionados a todos os acidentes de trânsito. Destes, 1.481 ocorrências envolveram motocicletas e foram analisados nesta pesquisa.

A tabela 1 demonstra o perfil das vítimas envolvidas nos acidentes motociclísticos, segundo as variáveis de gênero e faixa etária.

Variáveis	2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo												
Masculino	238	79,6	242	74,2	197	69,9	198	71,2	181	74,2	1056	73,9
Feminino	61	20,4	84	25,8	85	30,1	80	28,8	63	25,8	373	26,1
Faixa-etária												
21 a 45 anos	230	74,4	234	69,2	215	74,9	214	74,8	176	67,4	1069	72,2
18 a 20 anos	30	9,7	50	14,8	39	13,6	37	12,9	37	14,2	193	13
46 a 59 anos	40	12,9	41	12,1	29	10,1	28	9,8	33	12,6	171	11,5

60 anos ou mais 9 2,9 13 3,8 4 1,4 7 2,4 15 5,7 48 3,2

Nota: A variável sexo apresentou 52 casos omissos. Fonte: Elaboração própria.

Tabela 1 – Perfil das vítimas de acidentes motociclísticos segundo dados demográficos nos anos de 2014 a 2018 (n=1.481).

De acordo com a Tabela 1, nos anos analisados, percebe-se que 73,9% (n=1.056) envolvem em grande maioria os indivíduos do sexo masculino. A faixa etária mais acometida foram adultos entre 21 a 45 anos, correspondendo a 72,2% (n=1.069), seguido por adulto-jovem entre 18 a 20 anos, compondo 13% (n=193).

A tabela 2 evidencia o tempo e espaço do acidente quanto as variáveis turno, dia da semana e local da ocorrência.

Variáveis	2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Turno												
Noturno	109	40,2	100	33,9	112	43,6	88	34,9	77	32,5	486	37
Vespertino	91	33,6	107	36,3	87	33,9	96	38,1	87	36,7	468	35,7
Matutino	71	26,2	88	29,8	58	22,6	68	27	73	30,8	358	27,3
Dia da semana												
Domingo	54	19,4	69	20,5	46	16,4	57	20,5	54	21	280	19,6
Sábado	51	18,3	62	18,4	36	12,9	42	15,1	43	16,7	234	16,4
Sexta	45	16,2	43	12,8	51	18,2	36	12,9	46	17,9	221	15,5
Terça	34	12,2	50	14,8	47	16,8	39	14	29	11,3	199	13,9
Segunda	41	14,7	37	11	41	14,6	37	13,3	32	12,5	188	13,1
Quarta	29	10,4	39	11,6	30	10,7	41	14,7	34	13,2	173	12,1
Quinta	24	8,6	37	11	29	10,4	26	9,4	19	7,4	135	9,4
Local de ocorrência												
Santo Antônio de Jesus	197	63,8	209	61,8	185	64,5	182	63,6	173	66,3	946	63,9
Não informado	34	11	34	10,1	34	11,8	33	11,5	23	8,8	158	10,7
BR 101	39	12,6	36	10,7	29	10,1	27	9,4	23	8,8	154	10,4
Cidades circunvizinhas	21	6,8	32	9,5	21	7,3	22	7,7	22	8,4	118	8
BA 046	7	2,3	10	3	10	3,5	20	7	14	5,4	61	4,1
Zona rural	11	3,6	17	5	8	2,8	2	0,7	6	2,3	44	3

Nota: a variável turno e dia da semana apresentaram 169 e 51 omissões respectivamente.

Tabela 2 – Descrição do tempo e espaço do acidente quanto ao turno, dia da semana e local da ocorrência, nos anos de 2014 a 2018 (n= 1.481).

Fonte: Elaboração própria.

Em relação ao turno, o noturno foi o que houve mais acidentes em todos os anos analisados, totalizando 37% (n=486) dos atendimentos, seguido pelo turno vespertino com números semelhantes compreendendo 35,7% (n=468). Em relação ao dia da semana com maior número de ocorrências, encontra-se o final de semana (domingo, seguido pelo sábado e sexta-feira) compreendendo o total de 51,5% (n=735) dos casos, e em menor proporção, a quinta-feira com 9,4% (n=135) dos casos assistidos. Sobre o município com maior número de ocorrências atendidas pelo SAMU/SAJ, encontra-se a própria cidade sede com 63,9% (n=946), seguido por local não informado em 10,7% (n=158) e BR 101 com 10,4% (n=154).

A tabela 3 demonstra os acidentes de acordo com a causa, lesões ocorridas e área corporal acometida.

<b>Variáveis</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Causa do acidente</b>		
Queda de Moto	864	58,3
Colisão carro x moto	329	22,2
Colisão moto x moto	111	7,5
Atropelamento moto x pedestre	82	5,5
Colisão moto x bicicleta	59	4
Colisão moto x caminhão	20	1,4
Colisão moto x objeto fixo	6	0,4
Colisão moto x ônibus	5	0,3
Colisão moto x animal	3	0,2
Colisão moto x van	2	0,1
<b>Caracterização das lesões</b>		
Escoriação	819	52,9
Contusão	302	19,5
Ferida corto contusa	206	13,3
Fratura fechada	76	4,9
Fratura aberta	56	3,6
Hematoma	38	2,4
Laceração	25	1,7
Ferida perfurante	23	1,5
Queimadura	3	2
<b>Segmentos anatômicos lesionados</b>		
Membros inferiores	487	32,9

Membros superiores	252	17
Não informado	252	17
Politrauma	222	15
Crânio e face	175	11,8
Sem lesão aparente	40	2,7
Abdome e tórax	36	2,4
Cervical	17	1,1

Nota: a variável características das lesões apresentou um total (n = 1548) por ser questão de múltiplas respostas. Politrauma define-se por lesões em dois ou mais sistemas sendo necessário que pelo menos uma, ou uma combinação destas lesões, representam risco de vida para o doente.

Tabela 3 – Características dos acidentes motociclisticos segundo a causalidade, lesões e segmentos anatómicos lesionados, nos anos de 2014 a 2018 (n=1.481).

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se que a causa mais frequente dos acidentes no período analisado, são as quedas de moto em sua maioria com 58,3% (n=864) atendimentos, seguido pela colisão moto com carro, correspondendo a 22,2% (n=329) dos casos. Em menor proporção, encontrou-se a colisão de moto com ônibus e com van, correspondendo a 0,2% e 0,1% respectivamente. A respeito das lesões, destaca-se as escoriações com 52,9% (n=819) de ocorrência, seguido por contusão com 19,5% (n=302) e ferida corto contusa correspondendo a 13,3% (n=206) dos casos. No que diz respeito a área lesionada, verificou-se em maioria, os membros inferiores mais afetados com 32,9% (n=487), posteriormente 17% (n=252) os membros superiores, seguido por região não informada nas fichas de atendimento com 17% (n=252) e politrauma correspondendo 15% (n=222). Em menor frequência, a região cervical (1,1%).

A tabela 4 demonstra o tipo de ambulância enviada, o tempo resposta (tempo de chegada no local), nível de consciência e óbitos.

Variáveis	2014		2015		2016		2017		2018		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ambulância												
USB	238	77,5	251	76,1	219	77,7	207	73,1	188	73,2	1103	75,6
USA	69	22,5	79	23,9	63	22,3	76	26,9	69	26,8	356	24,4
Tempo resposta												
Até 10 min	207	67	222	65,7	190	66,2	189	66,1	187	71,6	995	67,2
11 a 20 min	36	11,7	50	14,8	47	16,4	48	16,8	39	14,9	220	14,9
Maior que 40 min	58	18,8	45	13,3	36	12,5	44	15,4	22	8,4	205	13,8

21 a 40 min	8	2,6	21	6,2	14	4,9	5	1,7	13	5	61	4,1
Glasgow												
Lesão leve	172	95	260	95,6	245	95	257	96,6	170	93,4	1104	95,3
Lesão grave	4	2,2	6	2,2	8	3,1	6	2,3	5	2,7	29	2,5
Lesão moderada	5	2,8	6	2,2	5	1,9	3	1,1	7	3,8	26	2,2
Óbito na cena												
Sim	3	1	3	0,9	2	0,7	-	-	1	0,4	9	0,6
Não	306	99	335	99,1	285	99,3	286	100	260	99,6	1472	99,4

Nota: as variáveis ambulância e Glasgow apresentaram 22 e 322 omissões respectivamente. Compreende-se Lesão leve um Glasgow de 13 a 15, moderado de 9 a 12 e grave quando menor ou igual a 8.

Tabela 4 - Descrição das características do atendimento de acordo com o tipo de ambulância, tempo resposta, média do nível de consciência segundo a Escala de Coma de Glasgow e óbitos na cena, nos anos de 2014 a 2018 (n=1.481).

Fonte: Elaboração própria.

Percebe-se a ambulância do tipo unidade de suporte básica (USB) realiza uma grande parte dos atendimentos, compreendendo a 75,6% (n=1.103) das ocorrências em todos os anos analisados. A respeito do tempo médio de chegada da equipe no local, em 67,2% (n=995) dos casos corresponde em até 10 minutos. Em relação ao Glasgow, a maioria das situações apresentavam nível de consciência satisfatório, entre 13 a 15, ou seja, evidenciando lesão neurológica leve ou ausente. Sobre óbitos na cena, em todo o período analisado, 99,4% não houve óbitos no local.

A tabela 5 abaixo aborda o uso do capacete, ocorrência de acidente de trabalho e ingestão de bebida alcoólica.

Variáveis	N	%
Acidente de trabalho		
Sim	189	12,8
Não	370	25
Omisso	922	62,3
Uso de capacete		
Sim	261	17,6
Não	130	8,8
Omisso	1090	73,6
Uso de bebida alcoólica		
Sim	76	5,1
Não alcoolizado ou não informado	1405	94,9

Tabela 5 – Distribuição dos acidentes motociclísticos quanto ao uso do capacete, acidentes de trabalho e uso de bebida alcoólica entre os anos de 2014 a 2018 (n=1.481).

Fonte: Elaboração própria.



Percebe-se que o dado de acidente de trabalho em maioria foi omissivo, ou seja, não preenchido nas fichas de atendimento, compreendendo 62,3% (n=922) dos casos, enquanto 25% (n=370) não foram acidentes relacionados ao trabalho e apenas 12% (n=189) das informações registradas confirmam esse acontecimento. Em relação ao uso de capacete, este dado também não foi informado em 73,6% (n=1090) dos atendimentos. Sobre o uso de bebida alcoólica, 94,9% (n=1.405) corresponde a não alcoolizado ou não informado, ou seja, não foram especificados no preenchimento das fichas.

Dessa forma, o presente estudo evidenciou que o sexo masculino corresponde ao público mais acometido. Essa prevalência está relacionada com a tendência deste sexo ser mais violento por conta de fatores biológicos, culturais, comportamentais e dessa forma, há uma maior vulnerabilidade de mortalidade por causas externas neste público (GOMES et al, 2016). Este resultado corrobora com pesquisas semelhantes entre elas, um estudo do ano 2018 com amostra de 142 boletins de ocorrências de acidentes envolvendo motocicletas, onde 90,1% são do sexo masculino (SOUSA et al, 2018). Assim como o Relatório Anual da Seguradora de danos pessoais causados por veículos automotores (DPVAT) também demonstra que os homens compreendem 88% das indenizações pagas por acidentes motociclísticos em 2019.

Em relação a faixa etária, é notável que os indivíduos de idades economicamente ativas sofrem mais acidentes motociclísticos. Este resultado contempla pesquisas similares como, um estudo em Barreiras (oeste da Bahia) em 2016, evidenciando que a faixa etária adulta dos 20 aos 49 anos são prevalentes nos acidentes. Isso se deve ao comportamento destemido e impetuoso intrínseco a idade, busca por emoções, questões de imprudência e imperícia. Assim como, a utilização da motocicleta como transporte diário para atividades laborais e também para lazer nos finais de semana e conseqüentemente, maior tempo de exposição (SENA; SILVA; FINELLI, 2016; BIFFE et al, 2017). Além disso, o predomínio desse público envolvido tem impacto direto na economia e saúde pública como, afastamento do trabalho, suporte financeiro do governo, internação, reabilitação; por atingir indivíduos em idade produtiva (SANTANNA et al, 2019).

O maior número de acidentes no período noturno seguido pelo vespertino como demonstrado nesta pesquisa, corrobora com estudos semelhantes como, uma amostra de 142 casos de acidentes motociclísticos ocorridos em 2018, destes, a maioria (42,3%) aconteceu a noite, seguido pela tarde (29,6%) (SOUSA et al, 2018). Outra pesquisa, evidencia que mais de 40% dos atendimentos de acidentes envolvendo motocicletas, acontecem no período noturno, em 2016 (MASCARENHAS et al, 2016). Alguns fatores podem relacionar-se com este dado como, visibilidade limitada pelo alcance dos faróis, cansaço e/ou stress diminuindo os reflexos e nível de atenção, desrespeito a sinalização, excesso de velocidade, menor fiscalização no trânsito a noite, aumento do fluxo de veículos circulantes não somente a noite como também a tarde devido ao retorno ao trabalho e volta para a casa (GOMES et al, 2016; SOUSA et al, 2018; MASCARENHAS et al, 2016).

A respeito do fim de semana como mais frequente, é um resultado semelhante a uma pesquisa de 2014 em 24 capitais do país e no Distrito Federal onde o final de semana compreendeu o total de 43,6% dos atendimentos por acidentes motociclísticos (MASCARENHAS et al, 2016). Outra pesquisa similar realizada em Timon (município do Maranhão) no ano 2016, demonstra que 63% atendimentos de moto ocorrem nos fins de semana (ABREU et al, 2019). Este dado por ser justificado tendo em vista que são os dias de lazer onde geralmente há um maior consumo de bebidas alcoólicas, manobras arriscadas e diminuição da fiscalização nestes dias (BIFFE et al, 2017). Sobre o local do acidente, o SAMU atende a maioria das ocorrências na própria cidade sede, sendo justificado pois as bases descentralizadas das regiões circunvizinhas possuem suas ambulâncias que são reguladas a partir da central que está na cidade de Santo Antônio de Jesus. Assim, as ambulâncias do município sede são enviadas para outras cidades somente quando há casos graves que necessitam de apoio.

Foi evidenciado nesta presente pesquisa que as quedas de motocicletas é a causa mais comum dos acidentes envolvendo este veículo. Este resultado corrobora com uma pesquisa realizada em Paulo Afonso (município da Bahia), no ano de 2016, onde as quedas de moto corresponderam a 63%, dado semelhante (SANTANNA et al, 2019). Assim como, um outro estudo de dezembro de 2015 a fevereiro de 2016 em Pernambuco, demonstrou que as quedas (48,7%) é a causa principal dos eventos envolvendo motocicletas (FERNANDES et al, 2019). Esse dado revela que por ser um transporte instável pois o equilíbrio está apenas sobre duas rodas, o usuário absorve em sua superfície corpórea toda a energia gerada pelo impacto. Dessa forma, o motociclista é incontestavelmente mais vulnerável. Além disso, o excesso de velocidade tendo em vista a facilidade de manobras e ultrapassagens que podem ser perigosas e conseqüentemente, maior probabilidade de quedas (ABREU et al, 2019; NASCIMENTO et al, 2016).

Em relação ao tipo de lesão e local do corpo mais afetada nesses acidentes, houve destaque para as escoriações e membros inferiores. Estes achados são semelhantes a um estudo em Maranhão no ano de 2016, onde foi notável que prevaleceu as escoriações com 65% e membros inferiores como segmento anatômico mais acometido em 38,9% dos casos (ABREU et al, 2016). Em uma pesquisa mais atual de 2018, demonstrou que essa lesão é frequente em 60,4% e os membros inferiores mais afetados em 35,2% dos casos (SOUSA et al, 2018). Os resultados da presente pesquisa, reafirmam a biomecânica dos traumas envolvendo motocicletas, visto que há uma maior exposição corporal sobre duas rodas e evidencia que a gravidade é leve a moderada entre as vítimas destes acidentes (SIMONETI et al, 2016; NUNES; ISTENHARTE; JÚNIOR, 2016).

Em relação ao tipo de ambulância prestadora da maioria dos atendimentos, destacou-se o tipo básica. Esta informação está em consonância com um estudo de 2016 que demonstrou a unidade de suporte básico utilizada em 87,25 dos casos (DANTAS et al, 2018). Assim como em uma pesquisa realizada em Paulo Afonso em 2016, em que esse

tipo de ambulância atendeu 73,2% das ocorrências envolvendo motos (SANTANNA et al, 2019). No período analisado, o SAMU/SAJ, possuía uma USB e uma USA, grande parte dos atendimentos foi realizado pela USB, pois a maioria dos acidentes eram de gravidade leve a moderada. Tendo em vista que em maior proporção ocorreu escoriações e nível de consciência razoável. Na medida em que fosse situação crítica com ferimentos mais graves, possivelmente a regulação médica selecionaria a ambulância avançada (DANTAS et al, 2018; TAVARES; COELHO; LEITE, 2014).

Sobre o tempo médio de chegada no local da ocorrência em que a maioria ocorreu em menos de 10 minutos, percebe-se que é um tempo resposta plausível. Pois o atendimento ocorre em tempo oportuno e desta forma, uma provável maior chance de sobrevivida. Isso contempla um dos objetivos do SAMU: assistência rápida as emergências e urgências (BRASIL, 2003). Este resultado também está relacionado diretamente com o fato das ambulâncias e a central de regulação está inserida no próprio município onde há maior número de atendimentos de acidentes motociclísticos que é a cidade de Santo Antônio de Jesus. A respeito do nível de consciência através da escala de Glasgow, foi evidenciado um nível satisfatório correspondendo a lesão neurológica leve ou ausente, de acordo com a atualização mais atual deste instrumento (GLASGOW, 2018). Em relação aos óbitos na cena, percebeu-se uma baixa mortalidade, podendo ser justificado pelo atendimento em tempo hábil e pelas lesões serem leves a moderadas com baixo risco de morte.

Sobre os dados relacionados aos acidentes de trabalho e uso do capacete, a presente pesquisa demonstrou que estas informações foram omissas, ou seja, não registradas nas fichas de atendimento. Sendo perceptível uma lacuna para análise e interpretação, que seriam importantes para melhor investigar o perfil dos acidentados. A respeito do uso de bebida alcoólica, deveria ser mais especificado no preenchimento das fichas, isso pode ser justificado pelo fato de que não há um espaço específico para registrar essa informação. Mesmo que seja uma análise subjetiva do uso de álcool através de sinais aparentes, torna-se importante essa avaliação pois colaboraria para maior conhecimento do cenário regional.

A partir de todas as variáveis estudadas nesta pesquisa, nota-se que a incidência desses acidentes de janeiro de 2014 a dezembro de 2018, reduziu em 15,5%, porém ainda pouco expressivo. Algumas limitações do estudo concentram-se na falta de preenchimento adequado das fichas, relacionado a informações importantes que estavam ausentes em maioria, como acidente de trabalho, uso bebida alcóolica e uso de capacete. Estes dados poderiam gerar informações fidedignas, contribuindo para melhor visualizar o perfil dos acidentados. Assim como, existem poucos estudos relacionados ao perfil dos acidentes motociclísticos na Bahia e por isso não permitiu muitas análises comparativas dos resultados com a realidade do estado e recôncavo baiano.

Nesse contexto, a partir dos resultados encontrados, constata-se a importância da prevenção e educação a saúde em todos os âmbitos assistenciais. Como medidas de conscientização sobre o trânsito seguro, fiscalização reforçada, atividades educativas

no programa de saúde na escola (PSE), tendo em vista que as crianças são os futuros condutores. Dessa forma, o profissional de enfermagem tem papel fundamental na realização de medidas de promoção e prevenção a saúde, juntamente com a equipe multiprofissional.

Nesse sentido, conhecer o perfil clínico e epidemiológico dos acidentados é fundamental para criar estratégias específicas, multidisciplinares e multissetoriais, de educação e fiscalização, onde o serviço de trânsito juntamente com atenção primária e SAMU possam planejar ações de conscientização e prevenção que sejam efetivas e contínuas para mudanças no cenário regional.

## REFERÊNCIAS

ABREU, M. S. S. et al. Perfil das vítimas de acidente motociclístico atendidas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 37, p. e1560-e1560, 2019.

ALMEIDA, P. M. V. et al. Análise dos atendimentos do SAMU 192: Componente móvel da rede de atenção às urgências e emergências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 289-295, 2016.

BIFFE, C. R. F. et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito em Marília, São Paulo, 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, p. 389-398, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.864, de 29 de setembro de 2003**: Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU: o SAMU. Diário Oficial da União, 2003.

CARVALHO, C. H. R. de. **Mobilidade urbana: avanços, desafios e perspectivas**. 2016.

CASAL, M. **De cada dez atendimentos por acidente no SUS, oito são motociclistas**. Agência Brasil. Brasília, 2019. Disponível em: <https://agenciabrasil.etc.com.br/geral/noticia/2019-12/de-cada-dez-atendimentos-por-acidente-no-sus-oito-sao-motociclistas>. Acesso em: 05 mar. 2020.

DANTAS, R. S. N. et al. Vítimas de acidentes de trânsito atendidas por serviço pré-hospitalar móvel de urgência. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 8, 2018.

DETRANPR. **Departamento de trânsito do Paraná. Motociclistas tem 20 vezes mais chances de morrer em acidentes**. 2016. Disponível em: <http://www.detrans.pr.gov.br/Noticia/Motociclista-tem-20-vezes-mais-chances-de-morrer-em-acidentes>. Acesso em: 03 mar. 2020.

DPVAT. Seguradora Líder de acidentes de trânsito. **Relatório Anual**. 2019.

FERNANDES, F. E. C. V. et al. Acidentes por motocicleta e fatores associados à condição de habilitação dos condutores. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 2, p. 130-135, 2019.

Glasgow Coma Scale. **Abordagem estruturada de Glasgow para avaliação da escala de coma de Glasgow**. 2018. Disponível em: <https://www.glasgowcomascale.org/>. Acesso em: 25 de setembro de 2020.

GOMES, A. T. L. et al. Caracterização dos acidentes de trânsito assistidos por um serviço de atendimento móvel de urgência. **Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)**, p. 4269-4279, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (**IBGE**). Cidades. Santo Antônio de Jesus - BA. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/santo-antonio-de-jesus/panorama>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Características de motociclistas envolvidos em acidentes de transporte atendidos em serviços públicos de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 3661-3671, 2016.

NASCIMENTO, M. V. F. et al. Agravos automobilísticos envolvendo homens adultos atendidos pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista de Enfermagem**, v.10, n.12, p. 4466-4473, 2016.

NUNES, K. V. R.; ISTEINHARTE, A. M.; JÚNIOR, D. V. N. Características das Vítimas e dos Acidentes de Trânsito Atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU no Município de Tangará da Serra-MT Entre 2013 e 2014. **Ensaio e Ciência**, v. 20, n. 3, p. 149-152, 2016.

O'DWYER, G. et al. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00043716, 2017.

PETENUTI, A. et al. Caracterização das sequelas das vítimas de acidentes de trânsito com motocicleta em vias urbanas numa cidade da região noroeste do Paraná. **Akrópolis-Revista de Ciências Humanas da UNIPAR**, v. 24, n. 2, 2016.

PROADESS. **Acidentes de transporte terrestre no Brasil: aspectos da morbimortalidade (2000-2017)**. Boletim Informativo do PROADESS, no 5, set./2019. **Rev Med** (São Paulo). 2017 out.-dez; 96(4):278-80.

RIZZO, T. S. A. et al. Perfil epidemiológico dos acidentes de trânsito entre crianças e adolescentes. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 46, n. 4, p. 91-102, 2017.

SANTANNA, M. A. et al. Perfil das vítimas de acidente motociclístico socorridas pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência-SAMU, no município de Paulo Afonso–Bahia. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 13, n. 16, 2019.

SENA, C.M.; SILVA, M. A.; FINELLI, L. A. C. Acidente de trânsito: um recorte do oeste baiano. **Revista Humanidades**, v. 5, p.118-131, 2016.

SIMONETI, F. S. et al. Padrão de vítimas e lesões no trauma com motocicletas. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 18, n. 1, p. 36-40, 2016.

SINDIPEÇAS, E. ABIPEÇAS. Relatório da Frota Circulante. **Sindipecas e Abipeças**, 2019.

SOUSA, C. L. et al. Acidentes motociclísticos: perfil das vítimas socorridas pelo serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Temática em Saúde**, p. 588-601, 2018.

TAVARES, F. L.; COELHO, M. J.; LEITE, F. M. C. Homens e acidentes motociclísticos: caracterização dos acidentes a partir do atendimento pré-hospitalar. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 4, p. 656-661, 2014.

# CAPÍTULO 17

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS GESTACIONAL E CONGÊNITA ENTRE 2015 A 2020 NO ESTADO DO TOCANTINS E SUA RELAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Data de aceite: 01/06/2021

Data de submissão: 15/04/2021

### Guilherme Sousa Martins

Discente do curso de Medicina do Centro  
Universitário UNITPAC  
Araguaína – Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/3475769274296915>

### Pedro Henrique Parente

Discente do curso de Medicina do Centro  
Universitário UNITPAC  
Araguaína – Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/1359005562338516>

### Alessandra Paz Silvério

Docente do curso de Medicina do Centro  
Universitário UNITPAC  
Araguaína – Tocantins  
<http://lattes.cnpq.br/9028084189349296>

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sendo transmitida tanto por via sexual quanto vertical (Sífilis congênita). Dessa forma, a mãe infectada pode transmitir a doença para filho se não tratada ou inadequadamente tratada, tornando assim um agravo na saúde pública. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo com dados do Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DATASUS relativo aos casos confirmados de Sífilis gestacional e congênita no estado do Tocantins entre 2015 e 2020. **RESULTADOS:** No período proposto, foram registrados pacientes

com maioria entre 20-29 anos idades, 545 obtinham ensino médio completo e 480 somente da 5ª a 8ª série, houve também execução do pré natal pela grande maioria (91,14%).

**DISCUSSÃO:** A análise dos dados revelou que a grande maioria fez o pré-natal, sendo assim houve um diagnóstico eficaz da infecção no 1 trimestre que proporciona o momento ideal para o tratamento, entretanto, esta prevalência revela que ainda há um crescimento no número de casos. **CONCLUSÃO:** Infere-se que houve aumento prevalência de Sífilis gestacional nos últimos 5 anos, com diminuição no ano de 2020, entretanto mesmo com o diagnóstico na gestante houve transmissão vertical para o bebê.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado pré-natal. Gestantes. Sífilis congênita.

### EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF GESTATIONAL AND CONGENITAL SYPHILIS BETWEEN 2015 TO 2020 IN THE STATE OF TOCANTINS AND ITS RELATIONSHIP WITH PRENATAL ASSISTANCE

**ABSTRACT: INTRODUCTION:** Syphilis is a Sexually Transmitted Infection (STI) caused by the bacterium *Treponema pallidum*, being transmitted both sexually and vertically (Congenital syphilis). In this way, the infected mother can transmit the disease to her child if not treated or inadequately treated, thus making it a public health problem. **METHODOLOGY:** This is a descriptive study with data from Sinan - DATASUS Notification Diseases Information System for confirmed cases of gestational and congenital syphilis in the state of Tocantins between 2015 and 2020. **RESULTS:**

In the proposed period, patients were registered with a majority between 20-29 years old, 545 had completed high school and 480 only from the 5th to the 8th grade, there was also the execution of prenatal care by the vast majority (91.14%). **DISCUSSION:** The analysis of the data revealed that the vast majority did prenatal care, so there was an effective diagnosis of the infection in the first trimester that provides the ideal time for treatment, however, this prevalence reveals that there is still an increase in the number of cases. **CONCLUSION:** It is inferred that there was an increase in the prevalence of gestational syphilis in the last 5 years, with a decrease in the year 2020, however even with the diagnosis in the pregnant woman there was vertical transmission to the baby.

**KEYWORDS:** Prenatal care. Pregnant women. Congenital syphilis.

## 1 | INTRODUÇÃO

A sífilis congênita (SC) é o resultado da disseminação hematogênica pela bactéria *Treponema pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada para o seu conceito por via transplacentária. A Sífilis congênita tornou-se um agravo de notificação compulsória em 1986 e estima-se que apenas 32% dos casos são notificados, (Ministério da Saúde, 2007). O Ministério da Saúde do Brasil lançou, em 1993, o projeto de eliminação da sífilis congênita em consonância com a proposta de controle do agravo nas Américas, formulado pela Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial de Saúde. Nesta iniciativa foi definida como meta a redução da incidência a valores menores ou iguais a um caso por mil nascidos vivos (NV). Já em 2000, foi lançado o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento que tem por objetivo assegurar a ampliação do acesso, da cobertura e da assistência pré-natal, parto e puerpério no País e reduzir a morbimortalidade materna e perinatal. O Programa estabeleceu critérios de atenção como a realização de um número mínimo de consultas (seis), realização de triagem sorológica com um exame VDRL, oferta de teste anti-HIV na primeira consulta, outro VDRL por volta da trigésima semana de gestação e a aplicação da vacina antitetânica.

As taxas de transmissão vertical variam de 70% a 100% nas fases primária e secundária da doença e 30% nas fases latente e terciária (DE LORENZI; FIAMINGHI; ARTICO, 2009), e os principais fatores que determinam a probabilidade de transmissão são o estágio da sífilis materna e a duração da exposição do feto no útero. No Brasil, nos últimos dez anos, houve um progressivo aumento na taxa de incidência de sífilis congênita: em 2009, a taxa era de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos e em 2018 chegou a 9,0 casos/1.000 nascidos vivos, reduzindo-se para 8,2 casos/1.000 nascidos vivos em 2019, contudo, no Tocantins o índice e de 9,3 casos/1.000 nascidos vivos. Se tratado ainda do estado em 2019 a taxa de detecção de sífilis em gestantes foi de 25,1/1.000 nascidos vivos, enquanto a média nacional foi de 20,8/1.000 nascidos vivos (Ministério da saúde, 2009).

Apesar de ser uma enfermidade passível de prevenção e com tratamento eficaz a baixo custo, mantém-se como importante problema de saúde pública até os dias atuais, com elevado índice de morbimortalidade. Durante a última década, houve aumento no

coeficiente de mortalidade infantil em todo o país que passou de 2,2 por 100 mil nascidos vivos em 2009 para 5,9 por 100 mil nascidos vivos em 2019 (Ministério da saúde, 2009). A enfermidade responde por, aproximadamente, 50% de recém-nascidos com sequelas físicas, sensoriais ou de desenvolvimento, ressalta-se, ainda que cerca de 40% dos casos de acometimento do concepto evoluem com abortamento, óbito fetal e natimortalidade, (Lorenzi; Madi, 2001).

O diagnóstico da sífilis congênita é feito através da solicitação do VDRL e posteriormente há o tratamento das gestantes infectadas juntamente com seus parceiros durante as consultas de pré-natal. A terapia é realizada com Penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única, em casos de sífilis primária, secundária e latente recente (com menos de 1 ano de evolução), e quando está em estágio de sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária, faz uso de penicilina G Benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas, (Ministério da Saúde, 2015). Um dos grandes desafios para as áreas de vigilância e de assistência é a baixa cobertura da assistência aos parceiros das mulheres diagnosticadas na rede. É um problema que ocorre não apenas para a sífilis, mas também para as demais DST e está relacionado a vários fatores socioculturais. Entre esses fatores, inserem-se o preconceito, a ausência de educação sexual, a dificuldade de avisar o parceiro para também procurar o auxílio médico, estima-se que apenas 12% dos parceiros sexuais recebam tratamento para a sífilis, (Ministério da saúde, 2007), além da dificuldade de percepção da doença, fazendo com que tanto as mulheres quanto os parceiros não sejam adequadamente instruídos quanto ao tratamento.

## 2 | METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e retrospectivo com dados do Sinan – Sistema de Informação de Agravos de Notificação do DATASUS relativo aos casos confirmados e notificados de Sífilis congênita no estado do Tocantins entre 2015 e 2020, sendo esses preenchidos por profissionais de saúde. Para a definição dos casos de Sífilis em gestantes ou congênita são apresentadas ao SINAN por meio de fichas de notificação/investigação, sendo assim, as gestantes são informadas no período pré-natal sobre a doença e em caso de Sífilis congênita, são notificados para abortos ou natimortos, recém-nascidos, aborto de mulheres com sífilis que não foram tratadas ou tratadas de forma inadequada. Foram analisadas as variáveis como número de casos de sífilis em gestantes por nascidos vivos, idade das gestantes com sífilis, escolaridade no ano de diagnóstico, idade gestacional no momento do diagnóstico. Além disso, será abordado dados de sífilis congênita referentes aos anos de 2015 a 2020 para avaliar se as gestantes realizaram o pré-natal, esquema de tratamento da mãe, momento do diagnóstico (parto, pré-natal, após o parto, não realizado ou ignorado). Foram utilizados os programas Microsoft Office Word e Microsoft Office Excel



para tabulação e conversão dos dados.

### 3 | RESULTADOS

A partir de dados investigados pode-se traçar o perfil gestacional, constatando que a maioria das pacientes diagnosticadas se encontrava na faixa de 20 a 29 anos de idade sendo cerca de 1266 casos ou 53,35% (tabela 1), representando mais da metade entre todas as faixas de idade, entre elas revelou-se que 545 casos ou 23,04% (tabela 2) obtinham apenas o ensino médio completo e 480 ou 20,29% (tabela 2) somente da 5ª a 8ª série, constatando um padrão de baixa escolaridade que resulta em pouca informação, conhecimento e educação. Além disso, obteve um número 2373 casos e taxa de detecção por 1000 nascidos vivos de gestantes com sífilis (tabela 3).

Quanto a realização do pré-natal, levando em consideração um número mínimo de 6 consultas no período, as ações por completo e todo o processo de rastreio, a grande maioria 1235 ou 91,14% (tabela 4) executaram a estratégia preventiva, não foi possível obter a comprovação sobre o modo de como foi realizado esse manejo e sobre a adesão por parte da paciente ao que é preconizado. Dentre os casos confirmados, 806 do total ou 53,06% (tabela 5) o diagnóstico ocorreu durante o pré-natal, evidenciando o papel desse método no rastreio da enfermidade, mesmo esse período sendo crítico em relação a possibilidade de riscos maternos e fetais, existe tratamento seguido de cura com normalização dos títulos de VDRL.

Sobre o momento da gestação em que se confirmou a presença da doença, 814 casos (tabela 6) aconteceu no 1º trimestre, em um momento oportuno para a aplicabilidade terapêutica em fases iniciais da gravidez tendo mais tempo para o manejo, de que quando aplicado em 867 casos (tabela 7) apresentou inadequado em relação aos níveis de VDRL e a presença de sinais e sintomas, sendo um índice bastante significativo ao analisar a eficácia e a qualidade da abordagem realizada no pré-natal.

Faixa Etária	Total	%
10 a 14 anos	40	1,68
15 a 19 anos	645	27,18
20 a 29 anos	1.266	53,35
30 a 39 anos	392	16,51
40 anos ou mais	30	1,26

Tabela 1 - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional de diagnóstico. Tocantins, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

<b>Escolaridade</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Analfabeto</b>	9	0,38
<b>1ª a 4ª série incompleta</b>	70	2,95
<b>4ª série completa</b>	45	1,90
<b>5ª a 8ª série incompleta</b>	480	20,29
<b>Fundamental Completo</b>	198	8,37
<b>Médio Incompleto</b>	434	18,35
<b>Médio Completo</b>	545	23,04
<b>Superior Incompleto</b>	50	2,11
<b>Superior Completo</b>	39	1,64

Tabela 2 - Casos de gestantes com sífilis segundo escolaridade durante diagnóstico. Tocantins, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

<b>Sífilis em gestante</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>Casos</b>	199	251	435	623	571	294
<b>Taxa de detecção</b>	7,9	10,5	17,4	24,5	22,4	

Tabela 3 - Casos e taxa de detecção (por 1.000 nascidos vivos) de gestantes com sífilis por ano de diagnóstico. Brasil, 2015-2020

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

<b>Realização de pré-natal</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Sim</b>	1.235	91,14
<b>Não</b>	85	6,27
<b>Ignorado</b>	35	2,58

Tabela 4 - Casos de sífilis congênita segundo informação sobre realização de pré-natal. Tocantins, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

<b>Momento do diagnóstico da sífilis materna</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Durante o pré-natal</b>	806	58,06
<b>No momento do parto/curetagem</b>	487	35,08
<b>Após o parto</b>	82	5,90
<b>Não realizado</b>	8	0,05
<b>Ignorado</b>	12	0,86

Tabela 5 - Casos de sífilis congênita segundo o momento de diagnóstico da sífilis materna. Tocantins, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

<b>Idade Gestacional</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>1° Trimestre</b>	814	34,30
<b>2° Trimestre</b>	757	31,90
<b>3° Trimestre</b>	770	32,44
<b>Idade gestacional ignorada</b>	32	1,34

Tabela 6 - Casos de gestantes com sífilis segundo idade gestacional no momento do diagnóstico. Tocantins, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

<b>Esquema de tratamento materno</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
<b>Adequado</b>	33	2,36
<b>Inadequado</b>	867	62,15
<b>Não Realizado</b>	419	30,03
<b>Ignorado</b>	76	5,44

Tabela 7 - Casos de sífilis congênita segundo esquema de tratamento da mãe. Tocantins, 2015-2020.

Fonte: Ministério da Saúde/ SVS - Sistema de Informação de Agravos de Notificação - Sinan NET

## 4 | DISCUSSÃO

De acordo com a série de 2015 a 2020, observou-se um aumento no número de casos de sífilis gestacional a partir de 2015 e reduzindo em 2020. Observou-se uma predominância nas mulheres entre 20 a 29 anos (53,35%), podendo estar relacionado a fase da vida com mais atividade sexual, necessitando e atuação nessa fase jovem com ações de promoção de saúde.

Rowe e colegas (2018) apontam que a atividade sexual da mãe é um fator de risco importante para o surgimento de sífilis na gestação. Os autores apontam que a iniciação sexual precoce, em adição a um cenário de baixa adesão às propostas de cuidado à gestante são fatores de risco importantes para o acometimento do binômio mãe-filho pela Sífilis.

Constatou-se que houve predominância da sífilis em mulheres com ensino médio completo (23,4%), seguida por 20,29% referente a mulheres com 5ª a 8ª série incompleta, isto mostra que independente da escolaridade houve números relevantes em 2 contextos diferentes, demonstrando que houve tanto falhas na educação dessas mulheres quanto na qualidade da informação que é passada, pois para indivíduos com ensino médio completo a temática sobre proteção contra infecções sexualmente transmissíveis deveria ser abordada com cautela, haja vista importância desta temática sob a ótica da Saúde Pública.

Estes achados estão em consonância com os encontrados por Bezerra e colegas (2019), em seu estudo relacionado à epidemiologia da Sífilis congênita no Brasil. No estudo supramencionado, o grau de escolaridade materno foi relacionado à maior incidência de desfechos negativos para o binômio materno-fetal. Tais dados apontam para a ratificação da hipótese mencionada anteriormente, no que tange à importância da educação sexual enquanto ferramenta de auxílio à atenção à saúde.

Por conseguinte, observa-se um aumento da capacidade de notificações e da ampliação da informação para o banco de dados, significando amplos fatores relacionados como redução das subnotificações, adesão das gestantes ao pré-natal e o papel fundamental da assistência pré-natal no diagnóstico da doença. Os principais fatores que contribuem para este feito são a implantação dos testes rápidos e o plano da rede cegonha do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, a maioria dos diagnósticos foram revelados no 1º trimestre da gestação, contribuindo para um possível melhor prognóstico para a mãe e o feto. Sendo assim, o papel da atenção primária de saúde (APS) como sendo atuante na prevenção e promoção de saúde ao diagnosticar com subsequente abordagem do pré-natal.

O principal fator de risco para a sífilis congênita consiste no acompanhamento pré-natal inadequado, relacionado a cerca de 62% dos casos.

Neste sentido, Favero et al (2019) afirmam que a existência de um sistema de saúde universal, que abrange os diversos níveis de atenção à saúde, em especial a atenção

primária, é uma ferramenta de grande utilidade para o diagnóstico e tratamento da Sífilis na Gestação.

Dentro do contexto há diversas causas para: Guinsburg R, Santos AMN (2010, p.17):

Dentre os problemas relacionados ao atendimento pré-natal, destaca-se: anamnese inadequada; sorologia para sífilis não realizada nos períodos preconizados (1º e 3º trimestres); interpretação incorreta da sorologia para sífilis; não reconhecimento dos sinais maternos de sífilis; não tratamento do parceiro sexual, informações inadequadas veiculadas entre a equipe de assistência à saúde, além de baixas condições socioeconômicas e de escolaridade.

A partir disso, correlaciona-se com uma importante incidência de casos, sobretudo no Tocantins, 9,3 casos/1.000 nascidos vivos, Ministério da Saúde (2009), de sífilis congênita mesmo com a realização do pré-natal 91,14% (Tabela 4). Evidenciando assim, um número relevante de sífilis congênita mesmo após todos os procedimentos empregados durante o pré-natal como triagem e abordagem terapêutica. Apenas 2,36 % (Tabela 7) apresentam um tratamento adequado, o que demonstra a insuficiência desse método para o controle da enfermidade, seja por falta de informação correta, falha medicamentosa ou falta de adesão.

## 5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, observou-se que a prevalência de sífilis gestacional alta na população do estado do Tocantins, sendo em 2020 o menor número nos últimos 5 anos. A assistência pré-natal auxilia a gravidez com testes sorológicos para diagnóstico das infecções. Desse modo, há um alto número de diagnóstico de Sífilis em gestantes, entretanto mesmo com a indicação do tratamento, há números relevantes de sífilis congênita na população, trazendo novas temáticas da eficiência do tratamento no período pré-natal, bem como a adesão ao tratamento. Contudo, nota-se que com o perfil epidemiológico das gestantes com sífilis congênita é necessário racionalizar e abordar o alto número de sífilis congênita na população, avaliando assim as principais causas do aumento dessa patologia na região.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Eliete. Et al. **IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA**. Revista Paraense de Medicina V.20. Belém, 2006.

BEZERRA, Maria Lusia de Moraes Belo et al. Congenital syphilis as a measure of maternal and child healthcare, Brazil. **Emerging infectious diseases**, v. 25, n. 8, p. 1469, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis – manual de bolso**. Brasília, 2007. 190 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília, 2015.

DE LORENZI, DRS; MADI, JM. **Sífilis congênita como indicador de assistência pré-natal**. Revista Brasileira de Ginecologia Obstetrícia. 2001

De Lorenzi, DRS; Fiaminghi, LC; Artico, GR. **Transmissão vertical da sífilis: prevenção, diagnóstico e tratamento**. Femina, 2009.

FAVERO, Marina Luiza Dalla Costa et al. Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 26, n. 1, p. 2-8, 2019.

FILHO, Ernesto. Et al. **SÍFILIS CONGÊNITA COMO FATOR DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE – MS**. DST – Jornal brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Campo Grande, 2007.

GUINSBURG, R; SANTOS, AMN. **Crêterios diagnôsticos e tratamento da sífilis congênita**. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010.

MACÊDO, Vilma. Et al. **Sífilis na gestação: barreiras na assistência prénatal para o controle da transmissão vertical**. Caderno de Saúde Coletiva. Recife, 2020.

MACHADO, Carla. Et al. **Sífilis congênita no Brasil em 2001/2002 e 2012/2013: estudo de causas múltiplas de óbito**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. Belo Horizonte, 2017

MOTTA, Isabella. Et al. **Sífilis congênita: por que sua prevalência continua tão alta?**. Revista de Medicina Minas Gerais. Minas Gerais, 2018.

ROWE, Christine R.; NEWBERRY, Desi M.; JNAH, Amy J. Congenital Syphilis: A Discussion of Epidemiology, Diagnosis, Management, and Nurses' Role in Early Identification and Treatment. **Advances in Neonatal Care**, v. 18, n. 6, p. 438-445, 2018.

SOARES, Larissa. Et al. **Sífilis gestacional e congênita: características maternas, neonatais e desfecho dos casos**. Revista Brasileira de Saúde Materna. Recife, 2017.

# CAPÍTULO 18

## PAUSA DA DIETA ENTERAL NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTES EM TERAPIA INTENSIVA

*Data de aceite: 01/06/2021*

*Data de submissão: 07/03/2021*

### **Sara Moreira Anuniação**

Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos de Órgãos e Sistemas do Instituto de Ciências da Saúde. Universidade Federal da Bahia  
Salvador, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/5456570354177432>

### **Lucille Andrade Paiva Espinheira**

Enfermeira assistencial na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Real Sociedade Portuguesa de Beneficência  
Salvador, Bahia  
Especialista em Enfermagem em UTI pela Universidade Castelo Branco (Atualiza)  
Rio de Janeiro, Brasil  
<http://lattes.cnpq.br/8604136147295521>

### **Márcia Rocha Oliseski**

Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
São Leopoldo, Rio Grande do Sul  
<http://lattes.cnpq.br/8887491966507271>

### **Mariângela de Souza Ramos**

Programa de Pós-Graduação da Universidade do Estado da Bahia  
Salvador, Bahia  
<http://lattes.cnpq.br/8171873128456539>

**RESUMO:** No âmbito hospitalar, a Terapia Nutricional (TN) é o tratamento dietoterápico predominante em doentes graves. Inúmeros

guias científicos discutem o manejo da provisão dos nutrientes necessários para a manutenção ou recuperação do estado nutricional, atribuindo assim grande relevância da TN no restabelecimento do estado de saúde de pacientes críticos. A Terapia Nutricional Enteral (TNE) é a primeira via de escolha para a alimentação artificial do paciente crítico pela sua proximidade com a via fisiológica, praticidade no manejo pela equipe assistencial, baixos riscos associados, bem como pela oportunidade de manutenção do trofismo intestinal. Mudanças na forma de apresentação, administração, segurança e eficácia dos produtos destinados à TNE marcaram historicamente a evolução desta modalidade terapêutica. Há relatos literários de oferta bastante rudimentar de alimentação por via retal, quando da impossibilidade de ingestão alimentar por via oral. Inicialmente, as formulações artesanais eram as mais utilizadas, devido a sua disponibilidade e baixo custo. Entretanto, o uso de fórmulas industrializadas foi ampliado, por proporcionar maior segurança e estabilidades microbiológica e físico-química. À medida que existe uma via comum para administração de fármacos e nutrientes, pode haver redução ou exacerbação da farmacocinética e metabolismo destes. Substituição do medicamento, forma farmacêutica, via de administração, tipo de dispositivo a ser utilizado e sua localização no trato gastrointestinal, medicamentos na forma de soluções, programação da interrupção da nutrição enteral são algumas das medidas a serem adotadas na minimização da interação droga-nutriente. Algumas medidas de segurança e qualidade na assistência ao paciente

devem ser instituídas dentro da prática clínica, a fim de que sejam definidas barreiras que reduzam as adversidades decorrentes da rotina assistencial. A legitimação de protocolos, adequados registros em prontuário, educação continuada, treinamentos *in loco* e as sessões multidisciplinares são algumas iniciativas de manutenção do ciclo tático-operacional, cujo objetivo é garantir a segurança do paciente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Terapia Nutricional; Unidade de Terapia Intensiva; Interações Medicamentosas; Segurança do Paciente

## PAUSE OF ENTERAL DIET IN THE ADMINISTRATION OF MEDICINES TO PATIENTS IN INTENSIVE THERAPY

**ABSTRACT:** In the hospital context, Nutritional Therapy (NT) is the predominant diet therapy treatment in critically ill patients. Numerous scientific guides discuss the management of the provision of nutrients passed on for the maintenance or recovery of nutritional status, thus attributing a great deal of NT in the restoration of the health status of awake patients. Enteral Nutritional Therapy (ENT) is the first route of choice for artificial feeding of critically ill patients due to its proximity to the physiological route, practical handling by the assistance team, low associated risks, as well as the opportunity to maintain intestinal trophism. Changes in the form of presentation, administration, safety and effectiveness of auxiliary products to ENT have historically marked the evolution of this therapeutic modality. There are literary reports of a rather rudimentary supply of food through the rectum, when it is impossible to eat food orally. Initially, artisanal formulations were the most used, due to their availability and low cost. However, the use of industrialized formulas has been expanded, as it provides greater safety and microbiological and physical-chemical stability. As there is a common route for the administration of drugs and nutrients, there may be a reduction or exacerbation of their pharmacokinetics and metabolism. Substitution of the medication, pharmaceutical form, route of administration, type of device to be used and its location in the gastrointestinal tract, medications in the form of solutions, programming of the interruption of enteral nutrition are some of the measures to be adopted in minimizing the drug-nutrient interaction. Some safety and quality measures in patient care must be instituted within clinical practice, in order to define barriers that reduce as adversities arising from the care routine. The legitimation of protocols, reaching medical records, continuing education, on-site training and multidisciplinary are initiatives to maintain the tactical-operational cycle, whose objective is to ensure patient safety.

**KEYWORDS:** Nutritional Therapy; Intensive care unit; Drug interactions; Patient safety.

## 1 | TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL NO PACIENTE GRAVE

No âmbito hospitalar, a Terapia Nutricional (TN) é o tratamento dietoterápico predominante em doentes graves, tendo em vista a sua eficácia terapêutica e seu potencial de contribuição, principalmente, para condições onde haja elevada prevalência da desnutrição (FEINBERG et al., 2017). Inúmeros guias científicos discutem o manejo da provisão dos nutrientes necessários para a manutenção ou recuperação do estado nutricional do paciente, seja via Terapia Nutricional Enteral (TNE), que inclui além da alimentação por tubos flexíveis, a Terapia Nutricional Oral (TNO), ou Terapia Nutricional



Parenteral (TNP). Nesse sentido, o suporte nutricional concorre ao mesmo grau de importância das demais terapias instituídas pela equipe multidisciplinar, que suportam a função dos órgãos dos pacientes em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Assim sendo, a TN possui grande relevância no restabelecimento do estado de saúde de pacientes críticos (LAMBELL et al., 2020; ARABI et al., 2017; BRASIL, 2000).

Desde a década de 40, as peculiaridades das distintas fases metabólicas do curso da condição crítica ou injúria orgânica são investigadas. A fase aguda é denominada de fase inicial, de choque ou de refluxo e a fase tardia designa-se, também, como fase de fluxo (LAMBELL et al., 2020). Na fase aguda, orienta-se a subalimentação permissiva, com o intuito de equilibrar a oferta exógena e a produção endógena de energia, prevenindo, assim, a superalimentação e, por conseguinte, as complicações infecciosas e suas repercussões no aumento da mortalidade dos pacientes críticos subnutridos (SINGER, 2019). Sendo assim, compreende-se que, em cada fase analisada, há desajustes orgânicos, diferentes condições de estresse oxidativo e estado inflamatório, os quais requerem arranjos específicos na oferta de calorias e nutrientes. Os cuidados instituídos podem evitar complicações com efeitos no tempo de internação, na capacidade da recuperação funcional ou mesmo nas taxas de mortalidade (ZANTEN et al., 2018; PAZ, COUTO, 2016).

Na TN, a TNE é a primeira via de escolha para a alimentação artificial do paciente crítico pela sua proximidade com a via fisiológica, praticidade no manejo pela equipe assistencial, pelos baixos riscos associados ao seu uso, bem como pela oportunidade de manutenção do trofismo intestinal, e conseqüentemente, de um microbioma que auxilie na condição de equilíbrio orgânico sistêmico (ESPEN, 2019; JOSÉ, LEANDRO-MEHRI, AQUINO, 2018; BRASPEN, 2018; TOLEDO 2017; FONSECA, COSTA, 2010).

Pelo exposto, é possível afirmar que a TNE impacta favoravelmente o desfecho clínico do paciente crítico e assume, como quaisquer outras condutas num contexto multimodal, destaque no suporte orgânico e sobrevivência do paciente em tratamento intensivo. Contudo, a instabilidade hemodinâmica, bem como a hipoperfusão tecidual são condições que contraindicam o seu uso. Logo, os cuidados na indicação da TN precisam ser compreendidos por toda a equipe assistencial (ESPEN, 2019; BRASPEN, 2019; BLASER et al., 2017; TOLEDO, 2017). Quando indicada e bem tolerada, a TNE precoce, minimiza complicações e correlaciona-se com melhor prognóstico no doente crítico (ALLEN, HOFFMAN, 2019).

Em situações onde o trato gastrointestinal (TGI) não está funcionante, a TNP pode ser uma alternativa. Porém, seu uso prolongado e não assertivo, pode culminar em complicações mecânicas, nutricionais, infecciosas, metabólicas e financeiras, induzindo a piores resultados globais (GRANJEIRA, BORGES, FORTES, 2020).

A estimativa do consumo energético permanece sendo um entrave nas diversas instituições de saúde que não dispõem do calorímetro. Embora com menor precisão, fórmulas preditivas e equações que consideram o volume de dióxido de carbono expirado

e oxigênio inspirado são utilizadas para a estimativa calórica na esfera hospitalar. Estas equações subsidiam o planejamento e provisionamento nutricional. No entanto, existem condições que retardam o avanço ou impedem a manutenção da TNE. Tolerabilidade, perda de dispositivos (sondas transnasais ou percutâneas), erros na administração da TNE, complicações mecânicas, ausência de protocolos que atenuem eventos adversos, interações medicamentosas, como as que ocorrem entre droga-nutriente, podem postergar a oferta plena de nutrientes e agravar o estado nutricional do paciente (SINGER, 2019; ESPEN, 2019; JOSÉ, LEANDRO-MEHRI, AQUINO, 2018; ABUNNAJA, CUVIELLO, SANCHEZ, 2013).

Os resultados dos indicadores de qualidade da assistência hospitalar sobre o monitoramento do volume infundido e a evolução do estado nutricional, entre outras variáveis, devem ser utilizados no gerenciamento de fatores causais, intrínsecos do paciente, e ambientais que possam interferir no sucesso da TNE. Ademais, é fundamental, também, a existência de protocolos que discorram sobre possíveis interações medicamentosas e nutricionais que produzam resultados indesejáveis para o doente (HAMMES, 2019).

## **2 | TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL: CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS**

Mudanças na forma de apresentação, administração, segurança e eficácia dos produtos destinados à TNE marcaram historicamente a evolução desta modalidade terapêutica com aplicabilidade clínica (DUDRICK, PALESTY, 2011).

Quanto à via de administração, há relatos literários de oferta bastante rudimentar de alimentação por via retal, quando da impossibilidade de ingestão alimentar por via oral. No antigo Egito, Índia e China, entre 3.500 e 1.500 a.C, eram utilizadas bexigas de animais para confecção de tubos, a fim de imitar uma sondagem retal para fornecer nutrientes e medicamentos. Na era de Hipócrates, 400 a.C, na Grécia, também havia improvisação da forma de administração de alimentos pelo reto. No século XXVII, utilizavam-se barbatanas de baleias para elaboração de tubos que viabilizassem acesso ao estômago. A partir do século XIX, com a modernização dos acessos enterais foram confeccionadas as primeiras ostomias. Contudo, foi a partir do século XX, com o advento da ciência e tecnologia, que os dispositivos, bem como as formulações enterais avançaram com relação às composições nutricionais, tornando-se mais completas e às formas de administração mais específicas (VASSILYADI, PANTELIADOU, PANTELIADIS, 2012; CHERNOFF, 2006; PINOTTI, 1997).

Inicialmente, as formulações artesanais eram as mais utilizadas, devido a sua disponibilidade e baixo custo. Entretanto, o uso de fórmulas industrializadas foi ampliado por proporcionar maior segurança ao paciente e estabilidades microbiológica e físico-química. A recuperação mais célere do estado clínico do indivíduo impulsionou a modernização e aprimoramento do comércio e produção de formulações mais estáveis e com configurações bioquímicas mais específicas. Hoje, o mercado de formulações enterais dispõe de uma

gama de produtos que contempla desde formulações básicas até composições altamente especializadas com nutrientes selecionados para diferentes fins terapêuticos e respaldados pela ciência da Nutrição (CARDOSO, PRATES, ANASTÁCIO, 2018; HERNÁNDEZ, 2018; HENRIQUES, ROSADO, 1999).

No campo da ciência, a Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral (BRASPEN), fundada em 13 de setembro de 1975, antes mesmo das sociedades americana e europeia, assumiu, inicialmente, o papel na organização de eventos relacionados à TN. Porém, com o decorrer da história transformou-se numa entidade científica, regulamentadora de cursos e certificações e fomentadora do conhecimento (WAITZBERG, CAMPOS, 2004). Isto corrobora o reconhecimento do aperfeiçoamento da TN enquanto suporte no cuidado clínico do paciente grave.

### **3 | INTERAÇÃO DROGA-NUTRIENTE NO PACIENTE EM TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL**

Rotineiramente, pacientes graves hospitalizados estão em uso de TNE, mas a prescrição medicamentosa, normalmente, precede a sua elegibilidade. O tratamento medicamentoso no paciente grave por vezes é variado e extenso, implicando a necessidade de estabelecimento de protocolos de controle, dispensação, conservação, administração e reconciliação medicamentosa.

No contexto da UTI, pacientes em uso de TNE, seja por meio de sondas enterais transnasais ou percutâneas, requerem cuidados especiais. Alguns fatores podem ocasionar a redução do estado de conservação destes cateteres, como perda dos dispositivos, por conta da obstrução decorrente de incompatibilidade de administração de soluções pela via enteral ou inadequada higienização da sonda. Outro contratempo seria a interferência na efetividade das terapias planejadas. Nessa conjuntura, um dos problemas mais recorrentes é a interação droga-nutriente no momento da oferta simultânea da nutrição enteral e de alguns medicamentos e a biodisponibilidade destes.

Cabe salientar o conhecimento ainda incipiente da equipe multiprofissional acerca da relevância da temática abordada. Conforme apontado por Ferreira, Correia e Santos em 2012, 56,7% dos enfermeiros participantes do estudo reconheciam a prática clínica como sua principal fonte de conhecimento sobre a administração de medicamentos por sonda enteral e, ao se referir ao conhecimento das possíveis interações medicamentosas, somente 51% dos profissionais afirmaram dominar. Para minimizar efeitos adversos concernentes a interação entre o fármaco e os nutrientes, o envolvimento da equipe multidisciplinar, sobretudo, dos profissionais de enfermagem, nutrição e farmácia é crucial. Frente a isto, é indispensável o adequado gerenciamento dos riscos e a constituição dos planos de cuidados através do estabelecimento de procedimentos padronizados.

Vale destacar, que a Sociedade Americana de Nutrição Parenteral e Enteral em

2015 (ASPEN), por meio do *Standards of Practice for Nutrition Support Pharmacists*, defende a atuação do farmacêutico como co-responsável na prestação de informações e aconselhamento farmacêuticos em termos de detecção e prevenção de problemas (como interações, estabilidade, incompatibilidade). À enfermagem, segundo RDC nº63 de 6 de julho de 2000 da ANVISA, compete a administração segura da dieta enteral (BARBOSA et al., 2018; EKINCIOGLU, DEMIRKAN, 2013).

São escassos os dados científicos acerca da prevalência das interações medicamentosas na prática clínica, no entanto, Zawiah e colaboradores (2020) reportaram um dado inusitado. Segundo os autores, a prevalência varia entre 6,3% para pacientes de terapia intensiva em TNE e 58,5% entre pacientes idosos. Isto é, há para uma população previamente fragilizada maior risco de agravamento do seu quadro clínico e nutricional. Por sua vez, o estudo de Barbosa e colaboradores (2018) identificou a ocorrência de interações medicamentosas e nutrientes em 8,1% da população-alvo. Um outro estudo, desenvolvido em Harvard, traçou um panorama de possíveis ingerências e revelou uma probabilidade de ocorrência desse tipo de evento entre 44,3% a 95% dos pacientes participantes da investigação (SILVA et al., 2020).

Dentro deste cenário, à medida que existe uma via comum para administração de fármacos e nutrientes, pode haver redução ou exacerbação da farmacocinética e metabolismo destes. A transversalidade da informação entre as equipes de TN, farmácia clínica, enfermagem e médica pode evitar esse desfecho na proporção em que oportuniza a substituição do medicamento, da forma farmacêutica, da via de administração, do tipo de dispositivo a ser utilizado e sua localização no TGI (CHOI, KO, 2017; HOEFLER, VIDAL, 2009). Outras alternativas para a redução dos danos decorrentes da interação é a utilização de medicamentos na forma de soluções ou ainda a adoção pela equipe multidisciplinar de TN de estratégias quanto à programação da interrupção da nutrição enteral de trinta minutos a duas horas antes ou depois da administração do fármaco. Para isto, numa infusão contínua da TNE, é possível programar a infusão para um tempo de 20 a 22 horas, a fim de considerar as interrupções e não influenciar no aporte calórico total (ASPEN, 2015; MAGNUSON et al., 2005).

A manifestação das substâncias que compõem a alimentação enteral na farmacocinética depende de diversos fatores, como ação física, química ou relação fisiológica entre um medicamento e nutriente presente (GEZEMEN-KARADAG et al., 2018). A combinação fármaco-nutriente possui uma relação de consonância no que tange as baixas reservas de proteínas séricas, como albumina e alfa 1-glicoproteína ácida, geralmente vistas em baixas concentrações no paciente em risco nutricional ou desnutrido. Tais proteínas são carreadoras dos fármacos no organismo e sua reduzida disponibilidade favorece ao aumento da fração livre destes, aumentando, assim, o risco de toxicidade do princípio ativo (SALGADO et al., 2020). Diante disso, dentro de uma condição do paciente gravemente enfermo, torna-se bastante conflitante o entendimento do início do processo

causa-efeito, transformando-o num ciclo vicioso, caso não existam medidas resolutivas. Por isso, é importante o estabelecimento de operações padrões na forma de protocolos (MOURA, REYES, 2002).

Para integração do cuidado e segurança na assistência ao paciente, os protocolos devem ser institucionalizados, a fim de nortear toda a equipe sobre os procedimentos que devem ser adotados na administração de medicamentos que mereçam atenção especial na administração pela via enteral sob infusão contínua. De acordo com os Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* (JCI) para hospitais, os protocolos devem fornecer todas as informações que dizem respeito ao gerenciamento do instrumento, definir pacientes e medicamentos com maiores riscos de interações medicamentosas, bem como sugerir as adaptações que podem ser realizadas para máxima mitigação do problema (CHEN et al., 2018).

A figura a seguir resume os principais fármacos utilizados no campo da terapia intensiva e suas respectivas interações com a TNE (BARBOSA et al., 2018; GEZEMEN-KARADAG et al., 2018; WANG et al., 2017; LISBOA, SILVIA, MATOS, 2014; FERREIRA, CORREIA, SANTOS, 2012; BUSHRA, ASLAM, KHAN, 2011).

<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>INTERAÇÃO</b>
<b>Ciprofloxacina, doxiciclina, isoniazida, levofloxacina, ofloxacina, penicilina V, rifampicina, fenitoína, carbamazepina, teofilina, captopril, digoxina</b>	Redução na absorção do medicamento
<b>Varfarina</b>	Vitamina K reduz efeito anticoagulante
<b>Levotiroxina</b>	Redução na absorção do medicamento (potencializada com a presença de fibras)
<b>Teofilina</b>	Aumento da ação com dietas hiperlipídicas
<b>Cicloserina</b>	Diminuição concentração sérica com dietas hiperlipídicas
<b>Levodopa</b>	Proteína reduz absorção
<b>Hidralazina</b>	Redução na absorção do medicamento

<b>Fenitoína, barbitúricos, fenobarbital, primidona, carbamazepina, valporato de sódio</b>	Redução na absorção tiamina, biotina, alteração no metabolismo vitamina D e cálcio, redução do zinco capilar
<b>Fenelzina e isocarboxazida</b>	Hipoglicemia
<b>Amitriptilina</b>	Fibras e vitamina C reduzem absorção do medicamento
<b>Clorpromazina e torozina</b>	Aumento excreção de riboflavina e cianocobalamina

Figura 1. Medicamentos mais comuns em Unidade de Terapia Intensiva e suas possíveis interações.

## 4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que a TNE seja capaz de manter ou recuperar o estado nutricional do doente grave faz-se necessário o gerenciamento dos eventos adversos decorrentes das interações medicamentosas com os nutrientes. Algumas medidas de segurança e qualidade na assistência ao paciente devem ser instituídas dentro da prática clínica, a fim de que sejam definidas barreiras que reduzam as adversidades decorrentes da rotina assistencial. A legitimação de protocolos, os adequados registros em prontuário e a atuação sinérgica entre as equipes podem contribuir para a prevenção de eventos sentinela. Nessa circunstância, a educação continuada, os treinamentos *in loco* e as sessões multidisciplinares são algumas iniciativas de manutenção do ciclo tático-operacional, cujo objetivo é garantir a segurança do paciente.

## REFERÊNCIAS

ABUNNAJA, S.; CUVIELLO, A.; SANCHES, J.A. **Enteral and Parenteral Nutrition in the Perioperative Period: State of the Art.** *Nutrients*, v.05, p.608-623, 2013.

ALLEN, K.; HOFFMAN, L. **Enteral Nutrition in the Mechanically Ventilated Patient.** *Nutrition and Clinical Practice*, v.34, aug., 2019.

ARABI, Y.M. et al. **The intensive care medicine research agenda in nutrition and metabolismo.** *Intensive Care Med*, n.43, p.1239-1256, 2017.

ASPEN, American Society for Parenteral e Enteral Nutrition. **Guidelines for the provision and assessment of nutrition support therapy in the adult critically ill Patient.** *JPEN* 2016 Vol 40, Issue 2, pp. 159 – 211. Disponível em < <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1177/0148607115621863>>. Acesso em 01 mar 2020.

BARBOSA, D.L. et al. **Interações fármaco-nutrição enteral em unidade de terapia intensiva: determinação de prevalência e significância clínica.** Jornal Braspen, v. 33, n.1, p. 49-53, 2018.

BLASER, A.R. et al. **Early enteral nutrition in critically ill patients: ESICM clinical practice guidelines.** Intensive Care Med, v.43, p.380-398, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. ANVISA. Resolução - **RDC nº63 de 6 de julho de 2000.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, jul 2000. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063\\_06\\_07\\_2000.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2000/rdc0063_06_07_2000.html)>. Acesso em 01 mar 2021.

BRASPEN, Brazilian Society of Parenteral and Enteral Nutrition. **Diretriz Brasileira de Terapia Nutricional no Paciente Grave.** Jornal Braspen, v.33, 2018.

BUSHRA, R.; ASLAM, N.; KHAN, A.Y. **Food-Drug Interactions.** Oman Medical Journal, v.26, n.02, p.77-83, 2011.

CARDOSO, M.G.C.; PRATES, S.M.S.; ANASTÁCIO, L.R. **Fórmulas para nutrição enteral padrão e modificada disponíveis no Brasil: Levantamento e classificação.** Jornal Braspen, v.33, n.04, p.402-417, 2018.

CHAN, L.N. **Drug-nutrient interactions.** Journal Parenteral Enteral Nutrition, v.37, n.04, p.450-459, 2013.

CHEN, M. et al. **Food-drug interactions precipitated by fruit juices other than grapefruit juice: An update review.** Journal of Food and Drug Analysis, v.26, p.61-71, 2018.

CHERNOFF, R. **An overview of tube feeding: from ancient times to the future.** Nutr Clin Pract, v.21, n.04, p.408-410, 2006.

CHOI, J.H.; KO, CC.M. **Food and Drug Interactions.** Journal of Lifestyle Medicine, v.07, n. 01, jan., 2017.

CUNHA, H.F.R.da; EIRAS, E.M.da; HISSA, M. **Necessidades proteicas, morbidade e mortalidade no paciente grave: fundamentos e atualidades.** Revista Brasileira Terapia Intensiva, v.25, n.01, p.49-55, 2013.

DUDRICK, S.J.; PALESTY, J.A. **Historical Highlights of the Development of Enteral Nutrition.** Surg Clin N Am, v.91, p.945-964, 2011.

EKINCIOGLU, A.B.; DEMIRKAN, K. **Clinical nutrition and drug interactions.** Ulusal Cer Derg, n.29, p.177-186, 2013.

ESPEN, European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. **Guideline on clinical nutrition in the intensive care unit.** Clinical Nutrition 38 (2019) 48-79. Disponível em < [https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN\\_guideline-on-clinical-nutrition-in-the-intensive-care-unit.pdf](https://www.espen.org/files/ESPEN-Guidelines/ESPEN_guideline-on-clinical-nutrition-in-the-intensive-care-unit.pdf)>. Acesso em 01 mar 2020.

FEINBERG, J. et al. **Nutrition support in hospitalised adults at nutritional risk (Review).** Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017.

- FERREIRA, S.; CORREIA, F.; SANTOS, A. **Interações entre Fármacos e Nutrição Entérica: Revisão do Conhecimento para o Desenvolvimento de Estratégias de Minimização do Risco.** Arquivos de Medicina, v.26, n.04, p. 154-163, 2012.
- FONSECA, F.C.P.; COSTA, C.L. **Influência da nutrição sobre o sistema imune intestinal.** CERES, v.05, n.03, p. 163-174, 2010.
- GEZMEN-KARADAG, M. et al. **Role of food-drug interactions in neurological and psychological diseases.** Acta Neurobiol Exp, v.78, p.187-197, 2018.
- GRANJEIRO, M.L.; BORGES, S.; FORTES, R.C. **Complicações e desfechos clínicos de pacientes em uso de nutrição parenteral em um hospital público do Distrito Federal.** Jornal Braspen, v. 35, n.03, p.244-251, 2020.
- HAMMES, T.O. **Indicadores de qualidade em terapia nutricional: uma revisão integrativa.** Rev. Adm. Saúde (On-line), São Paulo, v. 19, n. 77, 2019.
- HENRIQUES, G.S.; ROSADO, G.P. **Formulação de dietas enterais artesanais e determinação da osmolalidade pelo método crioscópico.** Rev. Nutr., Campinas, v.12, n.03, p.225-232, 1999.
- HERNÁNDEZ, A.G. **Innovación en la incorporación de macronutrientes en fórmulas de nutrición enteral.** Nutricion Hospitalaria, v.35, p.4-12, 2018.
- HOEFLER, R.; VIDAL, J.S. **Administração de medicamentos por sonda.** Farmacoterapêutica, mai./ago., 2009.
- JOSÉ, I.B.; LEANDRO-MEHRI, V.A.; AQUINO, J.L.B. **Target, prescription and infusion of enteral nutritional therapy of critical patients in intensive care unit.** Arq Gastroenterol, V.55, N.03, 2018.
- LAMBELL, K.J. et al. **Nutrition therapy in critical illness: a review of the literature for clinicians.** Critical Care, 2020.
- LISBOA, C.D.; SILVA, L.D.; MATOS, G.C. **Investigação da administração de medicamentos por Cateteres em terapia intensiva.** Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.23, n.03, p.573-580, 2014.
- MAGNUSON, B.L. et al. **Enteral nutrition and drug administration, interactions, and complications.** Nutr Clin Pract., v.20, n.06, p.618-624, 2005.
- MOURA, M.R.L.; REYES, F.G. **Interação fármaco-nutriente: uma revisão.** Revista de Nutrição, v.05, n.02, 2002.
- PAZ, L. de S.C. COUTO; A. do V.. **Avaliação nutricional em pacientes críticos: revisão de literatura.** Jornal Braspen, São Paulo, v.31, n.03, p. 269-277, 2016.
- PINOTTI, H.W. **Nutrição em Cirurgia.** São Paulo: Fundo Editorial, Byk, 1997.
- SALGADO, F.X.C et al. **Albuminemia e terapia medicamentosa no prognóstico de idosos hospitalizados.** Revista da Associação Médica Brasileira, v. 56, n.02, p.145-150, 2010.



SILVA, G.G.S. et al. **Importância do farmacêutico clínico na diminuição das interações medicamentosas ao paciente oncológico na unidade de terapia intensiva.** Brazilian Journal of Health Review, Curitiba, v. 3, n. 5, p. 15542-15556 set./out. 2020.

SINGER, P. **Preserving the quality of life: nutrition in the ICU.** Critical Care, V.23, 2019.

Sociedade Brasileira de Nutrição Enteral e Parenteral. **Diretriz BRASPEN de Terapia Nutricional no Paciente com Câncer.** Jornal Braspen, São Paulo, v.34 ,p.2-32, 2019.

TOLEDO, DO et al. **Avaliação do panorama atual da terapia nutricional dentro da unidade de terapia intensiva.** Jornal Braspen, v.32, n.04, p.297-301, 2017.

TUCKER, A. et al. **Standards of Practice for Nutrition Support Pharmacists. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. American Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ASPEN) standards of practice for nutrition support pharmacists.** Nutr Clin Pract, v. 30, n.01, 2015.

VASSILYADI, F.; PANTELIADOU, A.K.; PANTELIADIS, C. **Hallmarks in the History of Enteral and Parenteral Nutrition.** Nutr Clin Pract, v.28, p.209-217, 2013.

WAITZBERG, D.L.; CAMPOS, A.C. **Nutrition support in Brazil: past, present, and future perspectives.** Journal Parenteral Enteral Nutrition, 2004.

WANG, L. et al. **Protein-Restricted Diets for Ameliorating Motor Fluctuations in Parkinson's Disease.** Frontiers in Aging Neuroscience, v.09, jun., 2017.

ZANTEN, V. et al. **Very high intact-protein formula successfully provides protein intake according to nutritional recommendations in overweight critically ill patients: a double-blind randomized trial.** Critical Care, v.22, 2018.

ZAWIAH, M. et al. **Food-drug interactions: Knowledge among pharmacists in Jordan.** Plos One, jun., 2020.

## O PAPEL DO TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA EM UM HOSPITAL VETERINÁRIO

*Data de aceite:* 01/06/2021

*Data de submissão:* 14/04/2021

### **Adriano Joel Destri**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Graduando em Tecnologia em Radiologia  
<http://lattes.cnpq.br/9970049887360848>

### **Juliana Roberta Romani**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Tecnóloga em Radiologia especialista em  
Tomografia Computadorizada  
<http://lattes.cnpq.br/7401814207358437>

### **Fabiana Góes Mario**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Médica Veterinária especializada em  
Diagnóstico por Imagem  
<http://lattes.cnpq.br/8437033646962612>

### **Elisângela Bini Dorigon**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Área das Ciências da Vida e Saúde  
Bióloga Mestre em Ciências da Saúde Humana  
<http://lattes.cnpq.br/8544981421699859>

### **Francielle Garghetti Battiston**

Universidade do Oeste de Santa Catarina  
Bióloga Mestre em Ciências Fisiológicas  
<http://lattes.cnpq.br/2762212941749499>

**RESUMO:** O estágio supervisionado é necessário à formação acadêmica, em profissões que exigem a excelência nas habilidades técnicas. Os estágios, sejam de observação ou execução, tem por finalidade aliar a teoria e a prática, criando uma

expectativa de como é o local onde o profissional atuará. Dessa forma, foi possível observar as práticas do profissional tecnólogo em Radiologia no setor de imagens do Hospital Veterinário, com os objetivos de acompanhar e relatar a entrada do paciente na sala de diagnóstico por imagem (raio-X), a conduta do profissional que posicionou o paciente para o exame, o comportamento do paciente durante o procedimento do exame além do manejo do equipamento/ operacionalização da atividade. A metodologia utilizada foi de observação in loco das atividades da sala de diagnóstico, de forma descritiva conforme os objetivos descritos anteriormente. As atividades eram desenvolvidas conforme a demanda dos animais no Hospital Veterinário e agendamentos. Durante o estágio observou-se as técnicas radiológicas para o diagnóstico das enfermidades de diferentes áreas anatômicas em cães, gatos e aves, além das indicações pré e pós-operatórias. Também observou-se as normas de biossegurança radiológica. Foi possível verificar o comprometimento e a dedicação dos profissionais que acompanharam e orientaram o processo do estágio de observação e destacar a relevância do profissional das técnicas radiológicas para o diagnóstico seguro dos profissionais médicos veterinários, demonstrando que o trabalho interprofissional promove maior assertividade nas condutas terapêuticas. Para os estudantes de Radiologia, o conhecimento adquirido neste contato com a prática foi importante para dimensionar essa área de atuação e incentivar na formação continuada.

**PALAVRAS-CHAVE:** Estágio supervisionado; radiologia veterinária; biossegurança em

radiologia.

## THE ROLE OF TECHNOLOGIST IN RADIOLOGY IN A VETERINARY HOSPITAL

**ABSTRACT:** The supervised internship is necessary for academic training, in professions that demand excellence in technical skills. The internships, whether of observation or execution, have the purpose of combining theory and practice, creating an expectation of what is the place where the professional will act. Thus, it was possible to observe the practices of the technologist in radiology in the imaging sector of the Veterinary Hospital, with the objectives of monitoring and reporting the patient's entry into the diagnostic imaging room (X-ray), the conduct of the professional who positioned the patient for the examination, the behavior of the patient during the examination procedure in addition to the handling of the equipment / operationalization of the activity. The methodology used was for on-site observation of the activities of the diagnostic room, in a descriptive manner in accordance with the objectives previously described. The activities were developed according to the demand of the animals at the Veterinary Hospital and schedules. During the internship, radiological techniques were observed for the diagnosis of diseases of different anatomical areas in dogs, cats and birds, in addition to pre and postoperative indications. Radiological biosafety standards were also observed. It was possible to verify the commitment and dedication of the professionals who followed and guided the observation stage process and to highlight the relevance of the professional of radiological techniques for the safe diagnosis of veterinary medical professionals, demonstrating that the interprofessional work promotes greater correctness in the therapeutic conducts. For Radiology students, the knowledge acquired in this contact with practice was important to dimension this area of activity and encourage continuing education.

**KEYWORDS:** Supervised internship; veterinary radiology; biosafety in radiology.

## INTRODUÇÃO

O estágio é um momento necessário à formação acadêmica aliando a teoria e a prática e criando uma expectativa do local de atuação. O estágio supervisionado proporcionou a vivência da prática do profissional Tecnólogo em Radiologia, permitindo a observação dos aspectos relacionados à biossegurança, técnicas de posicionamento e operacionalização dos exames de raio X em animais de diferentes raças da espécie *Canis lupus familiaris* (cachorro), *Felis catus* (gato) e *Rupornis magnirostris* (gavião carijó). A observação foi baseada na maneira em que a técnica, juntamente com a equipe de profissionais e estudantes trabalhavam e como era a rotina diária no ambiente do estágio. A partir da observação, foram descritos os animais analisados e seus respectivos exames servindo como objetos de análise desse documento.

Por ser um hospital veterinário, examinamos alguns animais com métodos diferentes um dos outros, dependendo de seu tamanho, massa corporal e raça. Foram examinados sete pacientes, um número reduzido considerando a demanda que o Hospital Veterinário normalmente atende. Este fator foi decorrente do período do estágio coincidir com o período da pandemia do Covid-19, que limitou a presença de grande demanda de público e

aglomerações. No entanto, mesmo a demanda de exames ter sido restrita, foi o suficiente para obter um conhecimento de como realmente funcionam os exames na prática.

Alguns destes pacientes já estavam sendo acompanhados por médicos veterinários, alguns apenas foram transferidos e outros submetidos à cirurgia com fraturas graves. Neste artigo relatamos o desfecho de cada um deles, métodos e posições usado para cada tipo de fratura ou lesão, orientando qual o melhor procedimento para cada situação.

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi acompanhar e relatar a entrada do paciente (animal) na sala do Raio-X; a conduta do profissional que posicionou o paciente para o exame; o comportamento do paciente durante o procedimento do exame; o manejo do equipamento e a conduta do profissional na operacionalização da atividade.

## MÉTODO

O estágio desenvolveu-se na sala de diagnóstico por imagem de um Hospital Veterinário, de caráter observatório e exploratório, acompanhando a rotina hospitalar. Foram anotadas as práticas referentes à conduta do profissional Técnico em Radiologia desde a entrada do paciente (animal) na sala do Raio-X; a conduta do profissional que posicionou o paciente para o exame; o comportamento do paciente durante o procedimento do exame; o manejo do equipamento e a conduta do profissional na operacionalização da atividade. Os exames eram executados pela técnica em radiologia e acompanhado pelo médico(s) veterinário(s), estagiário e em algumas situações pelo responsável pelo animal (proprietário). Com base nas observações levantadas, buscou-se o aprofundamento na literatura científica referente às técnicas adotadas para o diagnóstico por imagem utilizando-se a radiação ionizante X. O diagnóstico dos exames foi dado pela Médica Veterinária especializada em Diagnóstico por Imagem. Cabe ressaltar que em todos os procedimentos, os profissionais e estagiários fizeram uso dos EPIs e dosímetro.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

O hospital onde desenvolveu-se o estágio de observação possui uma área total de 4500m<sup>2</sup>, realizando atividades de consultas, internamentos, cirurgias, diagnóstico por imagem, odontologia e procedimentos anestésicos. Possui uma sala de diagnóstico por imagem (ultrassonografia e radiologia), laboratórios de patologia clínica, parasitologia, microbiologia, reprodução, patologia animal, imunodiagnóstico e biologia molecular. Divide-se em um andar superior em que se encontra consultórios, laboratório de patologia clínica, bloco cirúrgico de pequenos animais, sala de recuperação pós cirurgia e salas em anexo. No andar térreo, encontram-se bloco cirúrgico de grandes animais, tronco para manejo, auditório para alunos acompanharem procedimentos, e manejo de grandes animais, além de baias e mangueiras para acondicionar os pacientes. Nesse andar, também há o setor de animais silvestres, onde é realizada a internação dos pacientes para tratamento e

acompanhamento dos casos, até adequada destinação.

O exame radiográfico é uma importante ferramenta diagnóstica para auxiliar o médico veterinário na pesquisa das doenças que acometem os animais. Nos últimos anos, o acesso ao sistema digital e informatizado tem-se propagado para os hospitais e alguns centros diagnósticos, levando imagens com detalhes realçados. Soma-se a isso os recursos na compensação das técnicas de obtenção da imagem que reduzem a repetição dos exames, sendo uma característica extremamente interessante para a avaliação de animais exóticos, visto que minimiza os tempos de contenção (química ou física) dos pacientes (BROOKS, 1993). Dentre os diversos exames radiográficos, os sistemas osteoarticular e cardiopulmonar são solicitados em larga escala pelos médicos veterinários. Doenças da região torácica (pulmonares, mediastino, cardíacas) podem ser identificadas por radiografia de tórax, sendo um dos procedimentos mais frequentemente realizados (RAMPAZZO et al., 2013).

Durante o período do estágio, foram observados sete animais diferentes, sendo desses dois da espécie felina, totalizando oito avaliações, descritos na tabela 1 a seguir:

<b>Paciente</b>	<b>Posicionamento</b>	<b>Técnica</b>	<b>Diagnóstico</b>
“A” uma felina com 3kg sem raça definida, idade de 1 ano meio (figura 1)	Craniocaudal e médio lateral de rádio e ulna.	Kvp 70, mA 80, mAs 0,5	Fratura completa transversa em diáfise distal de rádio
Retorno de “A” uma felina com 3kg sem raça definida, idade de 1 ano meio (figura 2)	Craniocaudal, médio lateral de rádio e ulna.	kVp 70 mA80, mAs 0,5	Acompanhamento pós operatório para avaliação de alinhamento de fratura através de implantes metálicos (placa bloqueada e parafusos).
“B” um canino de 7 anos de idade, com 16kg, raça Chow Chow (figura 3)	Craniocaudal e médio lateral de tíbia e fíbula.	kVp 81, mA 80, mAs 0,64	Acompanhamento pós operatório para avaliação de fratura fixada por pino e fio de cerclagem.
“C” gavião carijó, ave silvestre, com massa corporal de 319 gramas (figura 4)	Craniocaudal e mediolateral de rádio e ulna.	kVp 70, mA 80, mAs 0,4	Fratura completa cominutiva em diáfise proximal de ulna.
“D” uma canina de 18,4 kg, sem idade e raça definida	Ventrodorsal, lateral direita e lateral esquerda de pelve.	kVp 70, mA 80, mAs 0,5	Fratura completa em acetábulo esquerdo.
“E” uma canina fêmea, da raça Poodle, com 15 anos de idade, pesando 4,1 kg (figura 5)	Ventrodorsal, lateral esquerda e lateral direita de tórax.	kVp 70, mA 80, mAs 0,5	Colapso traqueal, hepatomegalia e sinais de remodelamento cardíaco
“F” canina, 9 meses de idade, sem raça definida pesando 14 kg. (Figura 6)	Ventro dorsal, lateral esquerda, e lateral direita de pelve.	kVp 70, mA 80, mAs 0,5	Controle pós operatório de cirurgia de colocefalectomia do membro pélvico esquerdo (extirpação da cabeça do fêmur).

"G" canino de 6 anos, com 12,70 kg da raça Buldogue Francês, macho	Craniocaudal, mediolateral de tibia e fíbula.	kVp 70, mA 80, mAs 0,5	Aumento de volume em tecidos moles em membro pélvico direito.
--	---	------------------------	---

Tabela 1: Descrição dos pacientes acompanhados, destacando posicionamento e técnica radiológica.

Fonte: os autores, 2020.

O posicionamento radiográfico é um dos elementos da técnica que merece destaque. O bom posicionamento é aquele que possibilita a obtenção das projeções preconizadas, habitualmente, pelo menos, duas em planos ortogonais (laterolateral/ventrodorsal, mediolateral/craniocaudal etc.) com a menor sobreposição de estruturas possível à área de interesse (LEHMKUHL, BORTOLINI, LINARDI, 2009). Radiografias com posicionamentos inadequados podem apresentar substanciais distorções das imagens (por exemplo ampliação anatômica) o que pode induzir a interpretações errôneas ou inviabilizar a elaboração de um diagnóstico radiográfico preciso. Sempre que possível, preconiza-se a contenção química dos pacientes, minimizando-se, assim, os erros de posicionamento, o estresse do paciente e reduzindo-se a exposição à radiação, do animal e das pessoas envolvidas no exame (BORTOLINI, 2011).

As fraturas em animais domésticos são relativamente frequentes. Em animais domésticos, as fraturas são relativamente elevadas, e provocadas em sua maioria por atropelamentos, brigas, quedas, projéteis balísticos ou patologias de outras naturezas (SIQUEIRA et al, 2015). As fraturas são classificadas em abertas ou fechadas quanto à exposição do tecido ósseo ao meio externo e classificadas em transversa, oblíqua, espiral, cominutiva redutível e cominutiva irredutível quanto à linha de fratura (FOSSUM et al, 2014). Em um estudo sobre a incidência de fraturas em cães e gatos, os cães foram os mais acometidos por traumas ortopédicos, observando-se o membro apendicular como os mais afetados, com a fratura de fêmur sendo a mais relatada (SARAGUSI et al., 2015.) E relação à idade os animais mais jovens aparecem como os mais acometidos por fraturas associadas ao atropelamento (VIDANE et al, 2014). As figuras 1, 2, 3, 4 e 5 demonstram exemplos de fratura nos membros de diferentes espécies. Essas imagens tiveram autorização prévia de seus tutores para visualização.



Figura 1: Em A, posicionamento de um paciente felino para a realização do exame radiográfico. B: Imagem radiográfica pré operatória de rádio e ulna na projeção craniocaudal, evidenciando fratura completa transversa em diáfise distal de rádio.

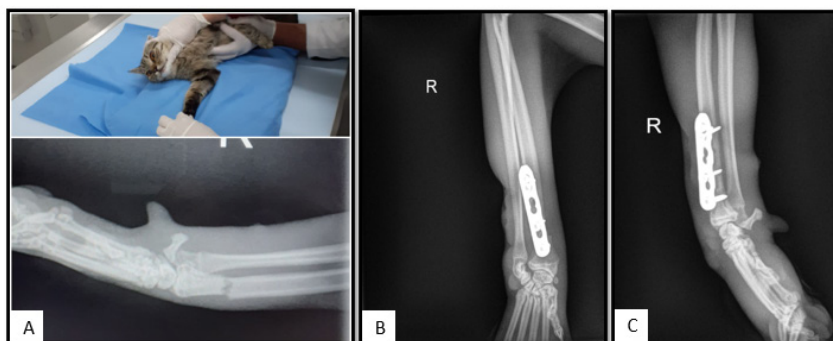


Figura 2: Em A observamos o paciente felino em decúbito lateral direito, com o membro torácico em contato com a placa de raio X, para a realização da projeção mediolateral de rádio e ulna. Em B e C, imagens radiográficas do pós operatório, em projeção craniocaudal e mediolateral, na qual observa-se fratura de rádio alinhada por implantes (placa e parafusos)

Fonte: O autor, 2020; MARIO, 2020.

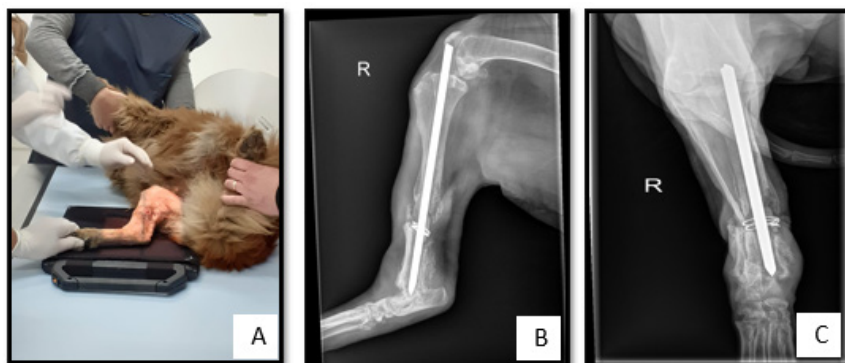


Figura 3: em A podemos ver o posicionamento radiográfico de membro pélvico direito de um canino. Em B e C, imagens radiográficas nas projeções mediolateral e craniocaudal de tíbia e fíbula, evidenciando presença de implantes metálicos (pino intramedular e fio de cerclagem) em tíbia.

Fonte: O autor, 2020.

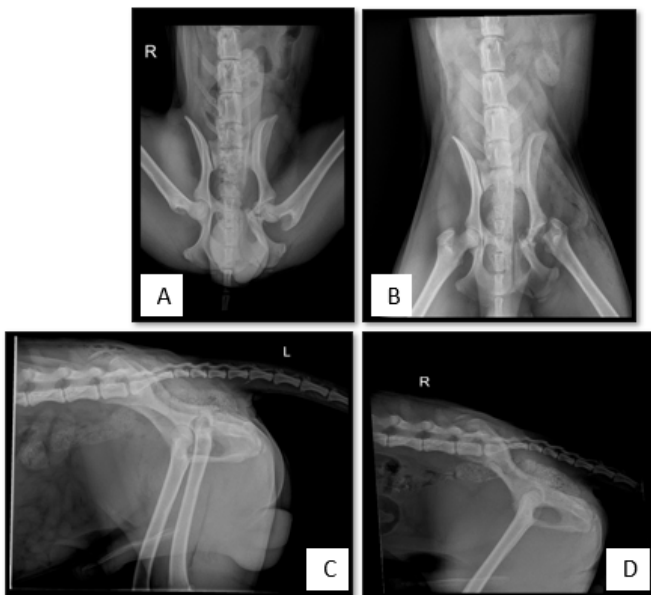


Figura 4: em A e B, imagens radiográficas de pelve na projeção ventrodorsal, com evidência de fratura completa em acetábulo esquerdo. Em C e D, imagens radiográficas de pelve nas projeções laterais esquerda e direita

Fonte: O autor, 2020; MARIO, 2020.

A figura 4 representa o acompanhamento de um pós cirúrgico – colocefalectomia decorrente de fratura acetabular. O acetábulo é uma cavidade cotilóide profunda, formada pela junção dos ossos do coxal - ílio, ísqiuo e púbis, além de uma quarta estrutura conhecida como osso acetabular (CARMICHAEL, 2009). O ligamento intracapsular da cabeça do fêmur liga-se à cabeça do fêmur e este une-se a fossa acetabular (PASQUINI et al., 2003; LIEBICH et al., 2009). A face articular semilunar do acetábulo articula-se com a cabeça do fêmur, formando uma junta esférica (LIEBICH et al., 2009).

A colocefalectomia tem como objetivo retirar o contato ósseo do acetábulo e a cabeça do fêmur, formando uma pseudoartrose composta por tecido fibroso, envolto por membrana sinovial (ROCHA et al., 2008). Depois do procedimento a cavidade do acetábulo é ocupado por osso, o fêmur proximal é metamorfoseado em período de anos após a cirurgia, pela reabsorção e produção de osso na superfície retirada (SCHULZ & DEJARDIN, 2007). É uma artroplastia usada também em outras afecções como luxações, fraturas, insucesso de substituição total da articulação (DEGREGORI et al., 2018). A técnica baseia-se no posicionado do animal em decúbito lateral, para que o acesso da articulação coxofemoral cranio lateral, a capsula é incisada paralela ao eixo longitudinal do colo femoral e erguida para inserção no fêmur.



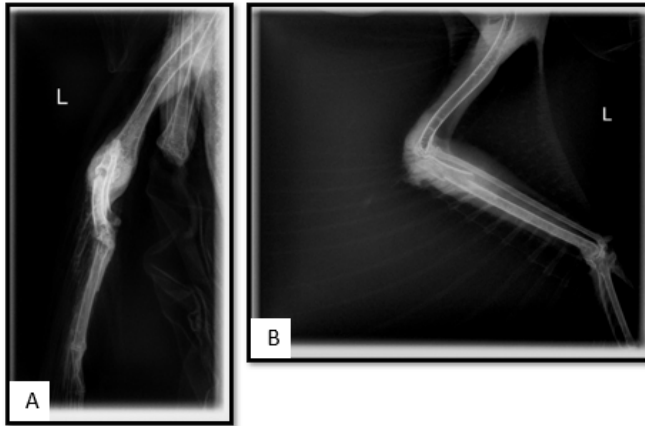


Figura 5: Em A, imagem radiográfica de rádio e ulna esquerdos de um gavião nas projeções craniocaudal e mediolateral (B), com evidência de fratura completa cominutiva em diáfise proximal de ulna.

Fonte: O autor, 2020; MARIO, 2020.

Na figura 5 representando a fratura do gavião, destaca-se as características morfológicas das espécies da família Accipitridae que variam muito, dependendo do *habitat*, modo de forrageamento e dieta. Os Accipitridae geralmente apresentam asas mais largas e arredondadas do que os Falconidae; planam muito, intercalando, às vezes, algumas batidas rápidas (SICK, 1997; SAMOUR, 2006)

Pequenas variações na produção de raios X são muito visíveis nas radiografias de aves, especialmente aquelas realizadas com técnicas de baixo kVp. Portanto, o gerador de raios X deve estar em excelentes condições (CARVALHO, 2007). Equipamentos de raios X de alta potência são mais indicados, pois tempos de exposição curtos abaixo de 0,05 segundos são necessários na maioria das radiografias de aves (PEES, 2019). Tempos curtos de exposição (ou seja, 0,017 [1/60] s ou menos) são essenciais para minimizar artefatos de movimento associados à frequência respiratória rápida e tremores musculares generalizados que são comuns em aves (BROOKS, 1993). Além do equipamento, o uso de filmes de alta resolução deve ser utilizado. Por exemplo, os filmes de mamografia têm se mostrado úteis, especialmente em aves com massa corporal abaixo de 100 g. Nos últimos anos, as técnicas radiográficas digitais começaram a substituir os sistemas convencionais em muitas clínicas veterinárias (PEES, 2019). No entanto, um estudo realizado em aves de médio porte demonstrou muitas vantagens em comparação aos sistemas convencionais de mamografia (BOCHMANN et al., 2011).

O posicionamento da ave é de especial importância, tanto por razões de valor diagnóstico quanto por segurança radiológica (PEES, 2019). Usando a contenção manual, os princípios básicos de segurança contra radiação não podem ser ignorados. A colimação

do feixe de raios X, abrangendo apenas a área de interesse e não todo o chassi, é um aspecto técnico que deve ser ressaltado, visando a proteção radiológica e a qualidade da imagem. Como alternativa, a ave pode ser posicionada sob anestesia ou usando uma placa de contenção. Este último foi descrito em diferentes variações (KRAUTWALD-JUNGHANNS et al, 2011) e permite as projeções principais sem anestesia em um procedimento rápido e seguro (PEES, 2019). Técnicas de baixo kVp (40 a 60 kVp) são as preferidas para a maioria dos sistemas de tela intensificadora/filme, porque eles produzem melhor escala tempo de contraste comparado com técnicas de alto kVp. Para a maioria dos exames (como por exemplo extremidades ou esqueleto apendicular), não se faz necessária a grade antidifusora, que poderá ser utilizada quando os valores de técnica selecionados forem muito elevados (SANTOS, NACIF, CARVALHO, 2009).

As projeções padrão para aves são a ventrodorsal (VD) e a lateral. A projeção ventrodorsal é útil para a visualização do sistema esquelético (especialmente a cintura peitoral, sínsacro, quadris e ossos longos) e do coração, bem como a sombra do fígado (PEES, 2019). Na projeção lateral, entre outras estruturas, podem ser avaliados a coluna vertebral, o coração com seus principais vasos, o parênquima pulmonar e a maioria dos sacos aéreos, o baço, o rim e as gônadas. O sistema reprodutor feminino e o sistema digestório podem ser avaliados em ambas as visualizações (PEES, 2019).

Além das fraturas, os diagnósticos por meio de imagens com a radiação ionizante X também podem auxiliar no diagnóstico de outras patologias ou na associação com outras patologias. Esse fato pode ser observado na imagem 6, na qual foi realizada investigação de metástase pulmonar devido à suspeita de neoplasia mamária.

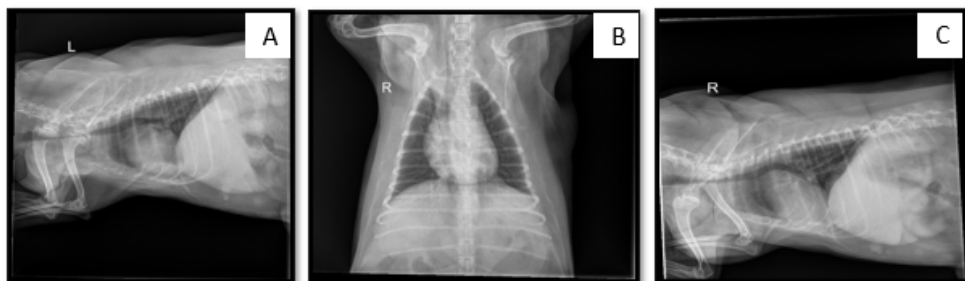


Figura 6: Em A, B e C observamos imagens radiográficas de tórax nas projeções lateral esquerda, ventrodorsal e lateral direita de um canino. Os sinais radiográficos são característicos de colapso traqueal, hepatomegalia e remodelamento cardíaco.

Fonte: O autor, 2020; MARIO, 2020.

As neoplasias mamárias são proliferações progressivas, formadas de células com descontrolado crescimento celular. Constituem aproximadamente 52% de todos os tumores que afetam as fêmeas caninas (KASPER, 2015). A origem do tumor de mama

varia de acordo com fatores genéticos, ambientais, nutricionais e principalmente hormonais (HANSEN, 2015).

Os sinais clínicos basicamente se restringem a identificação de um aumento de volume nas glândulas mamárias, caracterizado em fêmeas não castradas e de raças predispostas (ABIMUSSI, 2013; FILGUEIRA, 2013; MALATESTA, 2015). No entanto, além do exame físico, deve ser observado o estado geral do paciente, como a dificuldade respiratória. No exame físico específico da cadeia mamária, deve ser registrado consistência, número, localização e tamanho, e eventuais sinais de aderência aos tecidos adjacentes, deformações das mamas e ulceração em pele (HANSEN, 2015). Os diagnósticos podem ser via exames histopatológicos que fornece informações sobre natureza, tipo histológico e infiltração microscópica das células tumorais (HANSEN, 2015). O exame citopatológico ajuda no planejamento cirúrgico (ABIMUSSI, 2013; FILGUEIRA, 2013; MALATESTA, 2015). É necessário a realização de radiografias torácicas, sendo avaliadas três posições para metástase pulmonar uma vez que entre 25 e 50% dos casos de neoplasias mamárias malignas fazem metástases pulmonares e pleurais (FOSSUM, 2015; HANSEN, 2015). Radiografias abdominais devem ser avaliadas para o aumento do linfonodo íliaco (FOSSUM, 2015). Pode ser utilizada a ultrassonografia abdominal para detectar metástase, tomografia computadorizada e ressonância magnética para avaliação de tumores invasivos e metástases (FOSSUM, 2015). Caso tenha suspeita de metástases para linfonodos, é feito análise citológica realizada a partir do aspirado por agulha fina (FELICIANO, 2012; HANSEN, 2015).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as atribuições legais do Tecnólogo em Radiologia (BRASIL, 2005), está a Radiologia Veterinária, ou seja, o profissional com conhecimentos específicos da área para a realização de exames com qualidade e segurança. Neste sentido, o acompanhamento e aprofundamento dos protocolos e técnicas, da anatomia e estrutura das diversas espécies de animais, favorece o trabalho das equipes multiprofissionais, ou seja, o médico veterinário radiologista e o tecnólogo em radiologia terão maior assertividade na busca pela imagem de qualidade e em consequência o diagnóstico preciso.

A escolha do método de imagem a ser adotado vai depender da suspeita clínica e da facilidade de execução do exame. Além dos equipamentos fixos, existem equipamentos portáteis de raios X e ultrassonografia adaptados para uso veterinário que são utilizados para a realização de exames em animais de grande porte.

A carência de estudos científicos com valores de referência de doses para as espécies animais tornam ainda mais relevante a formação qualificada de tecnólogos em radiologia na área da radiologia veterinária.

## REFERÊNCIAS

ABIMUSSI, C.J.X; **Anestesia local por tumescência com lidocaína em cadelas submetidas a mastectomia.** Arq. Bras. Med. Vet. Zootec, Botucatu, p.1297-1305, 2013.

BOCHMANN M, LUDEWIG E, KRAUTWALD-JUNGHANNS ME, PEES M. **Comparison of the image quality of a high-resolution screen-film system and a digital flat panel detector system in avian radiography.** *Vet Radiol Ultrasound.* 52 (3): 256–261, 2011.

BORTOLINI, Z. **Descrição anatomotomográfica do esqueleto apendicular de *Chelonoidis carbonaria* (spix, 1824).** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Medicina Veterinária, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.

BRASIL. **RESOLUÇÃO Nº 2, DE 10 DE MAIO DE 2005. Institui e normatiza as atribuições dos Profissionais Técnicos e Tecnólogo em Radiologia, com habilitação em Radiodiagnóstico nos setores de diagnóstico por imagem.** Brasília-DF, 2007. Disponível em: <https://www.semesp.org.br/legislacao/migrado2102/#:~:text=Institui%20e%20normatiza%20as%20atribui%C3%A7%C3%B5es,25%20de%20outubro%20de%202004.>

BROOKS, S. L. **Computed tomography.** *Dental Clinic North America.* v. 37, n. 4, p. 575-590, 1993.

CARMICHAEL, S. **The role of computed tomography in the classification and management of pelvic fractures.** *Vet. Comp. Orthop. Traumatol.*, v.22, n.3, p.190-197, 2009.

CARVALHO, A. C. P. **História da tomografia computadorizada.** *Revista Imagem,* v. 29, n. 2, p. 61-66, 2007.

DEGREGORI. E. B.; PIPPI, M. R.; FRANCO. N.; TEIXEIRA. G. L.; CONTESINI, E. A.; SERAFINI, G. M. **Uso da técnica de colocefalectomia no tratamento de displasia coxofemoral em canino: relato de caso.** *PUBVET,* Porto Alegre. v.12, n.10, a195, p.1-9, Out., 2018.

FILGUEIRA, Kilder Dantas. **Características anatomopatológicas de neoplasias mamárias em cadelas criadas no município de Fortaleza-CE.** 2013. 85 f. Monografia (Especialização) - Curso de Medicina Veterinária, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

FOSSUM, T. W. **Cirurgia dos Sistema Reprodutivos e Genital: Cirurgia do Trato Genital Feminino.** In: FOSSUM, Theresa Welch. *Cirurgia de Pequenos animais.* 4. ed. Mosby Elsevier, p. 1348- 1365, 2015.

HANSEN, A. C. S. Goes. **Mastectomia e OSH como terapia preventiva em neoplasias mamárias em cadelas: Revisão de literatura.** 2015. 39 f. TCC (Graduação) - Curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Cruz das Almas, 2015.

KASPER, P. N. **Aspectos evolutivos de neoplasmas mamários em cadelas nos diferentes tratamentos cirúrgicos: estudo retrospectivo.** 2015. 43 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Veterinária, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

KRAUTWALD-JUNGHANNS ME, PEES M, REESE S, TULLY T (eds): **Diagnostic Imaging of Exotic Pets.** Schluetersche, Hannover, Alemanha, 2011.

LEHMKUHL, R. C.; BORTOLINI, Z.; LINARDI, J. L. *et al.* **Tomografia computadorizada no diagnóstico de trauma de esqueleto axial em *Geochelone carbonaria* (Spix, 1824), utilizando a ferramenta de reconstrução 3D.** In: XVIII ENCONTRO E XII CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE VETERINÁRIOS DE ANIMAIS SELVAGENS – ABRAVAS, 2009. Águas de Lindoia. **Anais XVIII Encontro e XII Congresso da Associação Brasileira de Veterinários de Animais Selvagens**, Águas de Lindoia. p. 30-33, 2009.

LIEBICH, H-G.; KÖNIG, H.E.; MAIERL, J. **Hindlimbs or pelvic limbs** (membra pelvina). In: KÖNIG, H.E.; LIEBICH, H-G. *Veterinary anatomy of domestic mammals*. 4 ed. Schattauer: Stuttgart, 2009. p.215-277.

MALATESTA, F. D. S. **Perfil da neoplasia mamária canina e sua relação com a poluição atmosférica.** 2015. 105 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina Veterinária, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

PASQUINI, C.; SPURGEON, T.; PASQUINI, S. **Bones - pelvic limb.** In:\_\_\_\_. *Anatomy of domestic animals*. 10.ed. USA: Sudz Publishing, 2003. p.90-102

PEES, Michael. **Imaging techniques in birds – radiography, ultrasonography, CT and MRI.** NAVC Institute, 2019.

ROCHA, F. P. C.; SILVA, D.; BENEDETTE, M. F.; SANTOS, D. A. N.; COSTA, E. A. **Displasia Coxofemoral em Cães.** Revista científica eletrônica de Medicina Veterinária. São Paulo, v.5, n.11, p 7, março, 2008.

SAMOUR, J. Management of raptors. In: HARRISON, G. J.; LIGHTFOOT, T. L. **Clinical avian medicine.** v. II. Palm Beach: Spix Publishing, cap. 40, p. 915-956, 2006.

SANTOS, E. S.; NACIF, M. S.; CARVALHO, F. G. Bases práticas. In: SANTOS, E. S.; NACIF, M. S. **Manual de técnicas em tomografia computadorizada.** Rio de Janeiro: Rubio, cap. 4, p. 59-65, 2009.

SARAGUSI, R.H.; SIQUEIRA, R.C.; FRANCO, R.P. **Estudo Retrospectivo das fraturas em felinos atendidos no hospital veterinário da universidade de Marília-SP/Brasil no período de 2007 a 2014.** Revista de educação continuada em medicina veterinária e Zootecnia CRMV-SP. São Paulo: conselho regional de medicina veterinária, v. 13, n 2. p 10-15, 2015.

SCHULZ, K. S.; DEJARDIN, L. M. **Tratamento cirúrgico da Displasia Coxofemoral Canina.** Manual de cirurgia de pequenos animais. São Paulo. v. 2, cap.145, p. 2029-20259, 2007.

SICK, H. **Ornitologia brasileira.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1997.

SIQUEIRA, C.R.; SIRAGUSI, R.H.; SCORSATO, M.F.; SOUZA, J.B.; FRANCO, R.D. **Estudo retrospectivo de fraturas em cães atendidos durante o período de 2006 a 2013 na universidade de Marília – SP/BRASIL.** Revista Portuguesa de Ciências Veterinária. v. 110, p. 593-594, 2015.

VIDANE, S. A.; ELIAS, M. Z. J.; CARDOSO, J. M. M et al. **Incidência de fraturas em cães e gatos da cidade de Maputo (Moçambique) no período de 1998-2008.** Cienc. anim. Bras., Goiânia, v.15, n.4, p. 490-494, out./dez, 2014.

# CAPÍTULO 20

## MATERNIDADE E VULNERABILIDADE: DIREITOS DAS GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA

*Data de aceite: 01/06/2021*

### **Caroline Silva de Araujo Lima**

Faculdade Dinâmica Vale do Piranga  
Ponte Nova-MG

### **Andreza Maria Pereira Alves**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Caio Souza Lima Mafra**

Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais-  
FCMMG  
Belo Horizonte- MG

### **Anna Laura Savini Bernardes de Almeida Resende**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Diego Cartaxo Jácome**

Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba  
João Pessoa, Paraíba

### **Lara Borges Bassetti**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Beatriz Figueiredo Silva**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Sérgio de Oliveira Cunha Júnior**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Maria Fernanda de Assis**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Ana Paula Oliveira Silva**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Danielle Lourdes de Araújo Martins**

Centro Universitário Instituto Master de Ensino  
Presidente Antônio Carlos- IMEPAC  
Araguari- MG

### **Leonardo Scandolara Júnior**

Universidade Federal do Triângulo Mineiro-  
UFTM  
Uberaba- MG

### **Carlos Eduardo Barbosa Roque**

Médico- Hospital Arnaldo Gavazza Filho  
Ponte Nova- MG

**RESUMO:** Apresenta pesquisa tem como objetivo analisar os direitos que possuem as gestantes em situação de vulnerabilidade, em razão do preconceito no acolhimento e no enfrentamento aos desafios e riscos gerados pelas condições de vida e ausência de acompanhamento especializado, sendo fundamental a assistência médica para o bom desenvolvimento do feto. Essa pesquisa tem o intuito de analisar na literatura a importância dos direitos relacionados às gestantes que se encontram vulneráveis, em situação de rua. A análise foi realizada por meio de busca bibliográfica sistemática, a partir de

plataformas de dados eletrônicas como SciELO, MEDLINE e PubMed. Pesquisou artigos originais sobre o tema, publicados em revistas e livros de relevância nacional. A maior parte dos estudos analisados evocam a necessidade de instrumentalização de políticas públicas efetivas voltadas às mulheres em gestação sob condições de rua, assegurando a aplicação dos princípios constitucionais e a Lei do SUS, orientados pela universalidade de direitos que detém essa parcela da sociedade, resguardando as peculiaridades da gestação, além de prestar o devido acompanhamento médico e psicológico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Maternidade; direito das gestantes; situação de rua.

**ABSTRACT:** The present research aims to analyze the rights that pregnant women in vulnerable situations have, due to the prejudice in the reception and facing the challenges and risks generated by living conditions and lack of specialized care, being medical assistance fundamental for the good development of the fetus. This research aims to analyze in the literature the importance of the rights related to pregnant women who are vulnerable, living on the streets. The analysis was made by means of a systematic bibliographic search, from electronic data platforms such as SciELO, MEDLINE, and PubMed. It searched original articles on the theme, published in journals and books of national relevance. Most of the analyzed studies evoke the need for instrumentalization of effective public policies aimed at pregnant women under street conditions, ensuring the application of constitutional principles and the Law of SUS, guided by the universality of rights that holds this portion of society, safeguarding the peculiarities of pregnancy, in addition to providing the proper medical and psychological monitoring.

**KEYWORDS:** Maternity; rights of pregnant women; street situation.

## 1 | INTRODUÇÃO

No Brasil existe uma alta taxa de pessoas em situação de rua, sendo relevante o fato de não existir políticas públicas voltadas aos aspectos que tangem aos direitos das mulheres gestantes submetidas a essas condições, em situação de risco devido a extrema vulnerabilidade e ausência de assistência básica em saúde.

Dessa forma, a análise do presente trabalho terá como foco principal a abordagem dos direitos das gestantes em situação de rua, considerando os desafios enfrentados por essas mulheres que, por muitas vezes, ficam às margens da sociedade, sem nenhuma atenção estatal, quando na verdade deveriam ser tratadas com dignidade, principalmente num momento tão delicado da formação da vida humana, que é a gestação.

As pessoas às margens da sociedade são as que mais sofrem com a ineficácia do estado e de suas políticas públicas, apesar de existir uma Política Nacional específica para a população em situação de rua. O Decreto nº 7.053/09 assegura à população em situação de rua acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas de saúde, educação, previdência, assistência social, moradia, segurança, cultura, esporte, lazer, trabalho e renda.

À vista disso, é que o presente estudo tem o objetivo de analisar o que vem sendo

feito para implementar ações efetivas de atenção às mulheres gestantes, em razão do crescimento substancial da população brasileira e, principalmente da população de rua. Será analisado quanto à importância da assistência do Sistema Único de Saúde no atendimento às gestantes, demonstrando como as políticas públicas podem ajudar na assistência e promover o desenvolvimento com dignidade e saúde do feto, além da saúde das gestantes que se encontram em vulnerabilidade social.

## 2 I POPULAÇÃO DE RUA E MATERNIDADE

De acordo com Vieira, Bezerra e Rosa<sup>1</sup> (...) *a condição de morador de rua expõe o sujeito ao enfrentamento de carências de toda ordem, além de exigir que ao mesmo tempo ele se adapte a outras referências de vida social bastante distinta daquelas anteriormente vividas (...)*, sendo obrigado a desenvolver novas formas de subsistência e sobrevivência diária, uma vez que para superar as barreiras impostas pela sociedade e satisfazer suas necessidades, exige uma adaptação diante da vulnerabilidade social vivenciada.

Nessa toada, a Secretaria de Assistência Social de São Paulo – SAS/FIPE<sup>2</sup> conceitua as pessoas em situação de rua da seguinte forma:

*Todas as pessoas que não têm moradia e que pernoitam nos logradouros da cidade - praças, calçadas, marquises, jardins, baixos de viadutos - ou casarões abandonados, mocós, cemitérios, carcaças de veículos, terrenos baldios ou depósitos de papelão e sucata. (...) Foram igualmente considerados moradores de rua aquelas pessoas ou famílias que, também sem moradia, pernoitam em albergues ou abrigos, sejam eles mantidos pelo poder público ou privados (São Paulo; FIPE, 2000, p. 05).*

É grande e variado os tipos de grupos de pessoas que se encontram em situação de rua, como: desempregados, egressos do sistema penitenciário, imigrantes, entre outros, fazendo parte dos numerosos índices de pessoas vivendo o cotidiano das ruas. Ressalte-se ainda, a existência dos “trecheiros”, que seriam pessoas que transitam de uma cidade para a outra, sem local fixo, caminhando pelas estradas, pedindo carona ou com passagens concedidas pelas entidades assistenciais, sem grandes destinos.

À propósito essa população apresenta características específicas ao desempenharem funções para a busca da sobrevivência, por meio de trabalhos temporários, incluindo dentre as atividades diárias, recolhimento de materiais recicláveis, “flanelinhas”/guardador de carro, “bicos” no setor de construção civil, limpezas em carros e serviços gerais, além de malabarismos ou venda de balas e doces em sinais de trânsito.

Essas pessoas que vivem na rua e fazem dela seu espaço de sobrevivência colocam em evidência um processo de vulnerabilidade social vivenciado por muitas famílias em

1 VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. População de rua: quem é, como vive, como é vista. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

2 SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Assistência Social; FIPE - FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo: relatório executivo. São Paulo, 2000.



nosso país, marcando ainda mais as desigualdades e má distribuição de renda que fazem parte da estrutura social brasileira, trazendo miséria, fome, abandono e violência.

As pessoas em situação de rua possuem o direito constitucional de serem cidadãs integrais, titulares de direitos e deveres, se fazendo necessário a implementação de políticas públicas dentro de um panorama interdisciplinar e acessível, instituída em uma base assistencialista.

A população de rua, se encontra nessas condições por diversos motivos, dentre eles questões de violência doméstica, desamparo familiar, uso de drogas, estupro, alcoolismo, insanidade mental, entres outros fatores que levam as pessoas às ruas, além daquelas que optaram de livre e espontânea vontade por estar sob essas condições.

Importante ressaltar que as pessoas que vivem em situação de rua apontam as relações sexuais como algo bom, mas o fato de estarem nas ruas limitam as manifestações de afeto, prevalecendo tratamentos agressivos e ríspidos, conforme aduz Medeiros<sup>3</sup> em seu livro:

*Geralmente as meninas sonham com um grande amor que será capaz de mudar suas vidas e, quando estão envolvidas com algum menino, vivem intensamente aquelas experiências. Os meninos também almejam uma relação afetiva sólida, como o casamento, mas a escolha da futura noiva incidirá entre aquelas que não estão nas ruas, pois estas são para casar e as que estão nas ruas não servem para o casamento (Medeiros et al., 2001, p. 39).*

Assim, tem-se que as mulheres que moram nas ruas estão completamente desprotegidas de qualquer tipo de amparo, expostas a práticas que sequer consentem, como o sexo, uso de bebidas alcoólicas, uso de drogas, que as deixam ainda mais vulneráveis.

Com isso, a maternidade, que é um fator biológico, se sobrepõe sobre essas mulheres em situação de rua sem qualquer planejamento, sendo considerada um risco social, reforçando a marginalidade e a pobreza, uma vez que a gestação nessas condições identifica uma precariedade das condições de vida e acesso aos serviços básicos de saúde e educação, aumentando ainda mais os fatores de risco para a gestante e para o futuro bebê.

A gestante em situação de rua, fica exposta a uma série de fatores que podem comprometer a gravidez, além de dificultar o serviço correto de atenção básica para realização do pré-natal, também ocorre o aumento da precariedade das condições de vida, com o aumento do preconceito e das dificuldades de manter condições mínimas para a sobrevivência.

Nessa baila, o estigma do preconceito com as pessoas em situação de rua, em especial, com a população feminina, onde expressões como “vagabunda” e “prostituta” são

3 MEDEIROS, Marcelo et al. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 35-41, 2001. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200005>.

ainda mais comuns, exemplificam o quanto esses sujeitos estão apagados da sociedade, sendo reproduzidos pela mídia discursos de aversão a essa parcela da população vulnerável.

### 3 | DIREITO DAS GESTANTES EM SITUAÇÃO DE RUA

A Política Nacional para a População em situação de rua, foi estabelecida em 2009 pelo Decreto nº 7.053, visando assegurar a essa parcela da população acesso amplo, simplificado e seguro aos serviços e programas que integram as diversas políticas públicas a respeito desse tema. Importante ressaltar a grande necessidade de implementação efetiva dessas políticas, visando eliminar o estigma de “morador de rua” para “população em situação de rua”, titulares de direitos e deveres como todos os outros cidadãos, considerando ainda, que esse grupo é heterogêneo, abaixo da linha de pobreza, devida a grande vulnerabilidade social que se encontram.

Os serviços públicos voltados para a população em situação de rua são historicamente constituídos, e possuem um papel fundamental para minimizar as condições de sofrimento e mediar as relações de conflito entre eles e os agentes que promovem a retirada deles dos espaços públicos. Comerciantes locais, trabalhadores da segurança pública e/ou privada, pessoas com moradia, entre outros, à medida que expulsão moradores de rua de determinado local, transparecem o uso privado do espaço público, uma vez que, pessoas com moradia se consideram detentora de direitos sobre o espaço público, quando na verdade, essa expulsão de uns por outros caracteriza o uso privado da coisa pública, que é de todos.

Outrora, a Política Nacional de Assistência social está presente na vida das pessoas em situação de rua, seja por meio de serviços, auxílios ou transferências de rendas, como o bolsa família, tendo como principal justificativa a existência dessa política o fato das pessoas estarem submetidas a essas condições devido a falta de emprego e moradia.

A referida Política Nacional faz parte do esforço em estabelecer diretrizes gerais para uma possível (re)integração destas pessoas as suas famílias, garantido o mesmo acesso às oportunidades dos demais cidadãos, considerando a identidade que possui a pessoa que faz da rua o seu lar, ressaltando que o ordenamento jurídico pátrio reconhece a família como lugar essencial para o desenvolvimento dos indivíduos.

No entanto, não foi identificado na esfera de serviços assistências programas voltados para atender especificamente a gestante em situação de rua, desrespeitando inclusive, direitos fundamentais garantidos pela Constituição Federal, como o direito à vida, à saúde, à moradia e à assistência básica.

Portanto, é necessário garantir o direito das mulheres gestantes no que tange às políticas públicas, carecendo de uma estruturação do atendimento voltado ao enfrentando dessa realidade de rua, integrando os princípios constitucionais aos princípios do SUS,

como a igualdade, dignidade da pessoa humana, cidadania, consagrando sobretudo, o direito à vida.

### 3.1 Maternidade em situação de rua

As mulheres em situação de rua, são vítimas de diversas barreiras para acessar ações e serviços, decorrentes de fatores tais como, falta de acesso à informação, documentação, endereço fixo, dentre outras limitações que impendem a inserção dessas pessoas em programas e políticas efetivas para mudança de paradigmas.

Em esfera internacional, nosso país é signatário da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, cujas metas na área da saúde abarca a promoção e a proteção das mulheres, assegurando o direito e acesso a serviços de básicos de saúde, desde a atenção primária até o atendimento relacionado à sexualidade, garantindo qualidade de vida e cumprimento do disposto em lei.

Na esfera nacional, existe a Lei que regulamenta o Sistema Único de Saúde - Lei 8.080/90, que dispõe sobre o SUS e estabelece a saúde como um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições para o pleno exercício desse direito<sup>4</sup>.

As mulheres quando se tornam gestantes, e se encontram em situação de rua, assim como as demais mulheres, desenvolvem demandas de saúde importantes, carecendo de atendimento específico quanto a essas demandas, conforme dispõe a lei.

Nessa toada, fazem parte das demandas mencionadas: a gestação por meio do pré-natal; orientações e cuidados necessários nessa fase; a vinculação ao local do parto; acesso qualificado ao local do parto e a um parto humanizado; a atenção à criança recém-nascida e a continuidade da atenção à mulher no puerpério; entre outras demandas que carecem de acompanhamento, antes, durante e depois da gestação.

Noutro giro, algumas mulheres em situação de rua fazem uso de álcool ou crack/ drogas. Desse modo, é que a tutela do Estado pode desvincular a gestante em situação de rua de seu bebê, desde que seja constatado que seu (maus) hábitos são prejudiciais à criança, sendo necessário a atuação do Conselho Tutelar e outros órgãos que se fizerem necessários.

Logo, para serem efetivas as ações visando o fortalecimento das mulheres gestantes, dos recém nascidos, das adolescentes, é necessário o desenvolvimento de forma integrada e articulada, alinhando diversas áreas, como a assistência social, saúde, segurança, defensoria, Ministério Público, conselhos e associações, a fim de que sejam orientados a tomarem como base de atuação a garantia dos direitos dessas mulheres à luz do texto constitucional que assegura a todos o mesmo tratamento igualitário.

---

<sup>4</sup> Lei 8.080/90. Art. 2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

## 4 | CONCLUSÃO

Nesse panorama, diante da condição social que vivem as mulheres gestantes no Brasil, reitera-se a necessidade de políticas públicas para efetivação e consolidação dos direitos constitucionais que possuem, a partir de uma ação integrada entre os diversos setores assistenciais com planejamento e organização, visando a implementação de uma nova perspectiva para essa parcela da nossa população esquecida pelos gestores públicos.

Uma importante consideração a ser feita em notas conclusivas, diz respeito às incertezas que essas gestantes possuem quanto ao futuro, diante da ausência de perspectivas de vida ou mesmo desacreditadas numa mudança de realidade, fazendo com que permaneçam nessas condições de rua, num ciclo entre a gravidez, ausência de planos familiares, falta de perspectiva de vida e a perda da guarda.

Sendo assim, a gestante em situação de rua deve ser acompanhada de perto, servida de serviços de saúde, serviços assistenciais e até mesmo acompanhamento mental, a fim de que se concretize uma mudança em sua realidade, acrescentando um maior cuidado e a sensação de proteção social, construindo estratégias efetivas de fomento e promoção da conscientização dos direitos que elas possuem, assegurando a aplicação de princípios constitucionais, como a dignidade da pessoa humana e direitos como acesso à educação, à saúde, à moradia, a não violência, a igualdade, retornando para elas novas oportunidades e uma nova faísca de esperança de que a vida pode mudar para melhor, juntamente a de seus bebês.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.P et al. **A rua tem um ímã, acho que é a liberdade**: potência, sofrimento e estratégias de vida entre moradores de rua na cidade de Santos, no litoral do Estado de São Paulo. Saúde soc. vol.23 no.4 São Paulo Oct./Dec. 2014.

BRASIL. **Constituição** (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Estatuto da Criança e Adolescente**, Lei nº 8.069/1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm)>. Acesso em: 05 mar. 2021.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 15 de mar. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica conjunta N° 001 – SAS E SGEP**, em 16 de setembro de 2015. Disponível em: <<http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/33/Documentos/Nota%20t%C3%A9cnica-%20diretrizes%20e%20fluxograma%20mulher%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2021.

COSTA, Ana Paula Motta; RENUCO, Adelina Baroni. **População em Situação de Rua**. Relatório de Consultoria, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília-DF, abril de 2005.

COSTA, Samira Lima da et al. **Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas**. Pesquisa financiada pelo CNPq/PIBIC. O estudo foi realizado na cidade Santos, SP, durante os anos de 2009 a 2013. *Saúde e Sociedade* [online]. 2015, v. 24, n. 3 [Acessado 21 Março 2021], pp. 1089-1102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>>. Epub Jul-Sep 2015. ISSN 0104-1290. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015134769>.

MEDEIROS, Marcelo et al. A sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 35-41, Apr. 2001. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000200005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000200005&lng=en&nrm=iso)>. access on 21 Mar. 2021. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000200005>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde. **Redução das desigualdades no período de uma geração: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais: relatório final**. Lisboa: OMS; 2010

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Assistência Social; FIPE - FUNDAÇÃO INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS. **Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo: relatório executivo**. São Paulo, 2000.

TEIXEIRA, M. B et al. **Os invisibilizados da cidade: o estigma da População em Situação de Rua no Rio de Janeiro**. *Saúde em Debate* [online]. v. 43, n. spe7 [Acessado 26 Julho 2020], pp. 92-101

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

# CAPÍTULO 21

## O ACESSO A SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: REFLEXÕES BIOÉTICAS

*Data de aceite: 01/06/2021*

### **Caroline Silva de Araujo Lima**

Faculdade Dinâmica Vale do Piranga- FADIP  
Ponte Nova- MG

### **Andrezza Mendes Franco**

Universidade Federal do Amazonas- UFAM  
Manaus- AM

### **Walter Rodrigues Araújo Filho**

Universidade do Oeste Paulista- Campus  
Guarujá  
Guarujá-SP

### **Yasmin Mariah Dottori Vargas**

Universidade do Oeste Paulista- Campus  
Guarujá  
Guarujá-SP

### **Jemerson Costa da Silva**

Universidade do Oeste Paulista- Campus  
Guarujá  
Guarujá-SP

### **Maria Fernanda Barros Santos Pontelli**

Universidade do Oeste Paulista- Campus  
Guarujá  
Guarujá-SP

### **Mariana Dias Raposo**

Universidade do Oeste Paulista- Campus  
Guarujá  
Guarujá-SP

### **Cibelle Maria Jacinta da Silva**

Universidade de Rio Verde- UniRV  
Aparecida de Goiânia- GO

### **Gabriela de Ré Bez**

Universidade Nove de Julho  
Guarulhos- SP

### **Tereza Costa Amoroso Lima e Piva**

Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de  
Juiz de Fora- SUPREMA  
Juiz de Fora- MG

### **Pablo de Souza Rocha**

Faculdade de Medicina de Juiz de Fora-  
UNIPAC  
Juiz de Fora- MG

### **Lidiely Kassburg Mello**

Centro Universitário das Américas  
São Paulo- SP

### **Camilla Correa Graciano Cabral**

Centro Universitário Metropolitano da  
Amazônia- FAMAZ  
Belém- PA

**RESUMO:** O acesso a saúde no Brasil é ainda mais difícil quando se trata de pessoas com deficiência, de modo que, foi proposto no presente artigo reflexões bioéticas a respeito do tema, expondo o conceito de deficiência e a legislação que regula as pessoas com deficiência, apresentando uma análise sobre gestão pública e efetividade da lei. Em notas conclusivas a pessoa com deficiência, faz parte de todo um movimento social que deve ser debatido na sociedade, inclusive o seu acesso à saúde, sob a luz de princípios fundamentais consagrados pela Constituição Federal, discutindo o dever de proteção do Estado e a necessidade de

investimentos, como também a participação social de todos nesse processo de inclusão, valendo-se da reflexão bioética de proteção e de intervenção.

**PALAVRAS-CHAVE:** Pessoa com deficiência, acesso à saúde, bioética.

**ABSTRACT:** Access to health care in Brazil is even more difficult when it comes to people with disabilities, so it was proposed in this article bioethical reflections on the topic, exposing the concept of disability and the legislation that regulates people with disabilities, presenting an analysis of public management and law effectiveness. In concluding notes, the person with disabilities is part of an entire social movement that must be debated in society, including their access to health care, in the light of fundamental principles enshrined in the Federal Constitution, discussing the State's duty to protect and the need investments, as well as the social participation of all in this process of inclusion, making use of the bioethical reflection of protection and intervention.

**KEYWORDS:** Disabled person, access to health, bioethics.

## 1 | INTRODUÇÃO

Preliminarmente, as pesquisas envolvendo seres humanos vem crescendo substancialmente desde o século passado, contribuindo para a ciência em seus avanços e dando norte a novos estudos e procedimentos, acelerando etapas da evolução científica. Nessa senda, a área da saúde tem muito a ganhar com esse tipo de pesquisa, ainda mais, quando se menciona a possibilidade de curas, remédios, tratamentos, influenciando diretamente na vida e no desenvolvimento do ser humano, do ponto de vista ético.

Sendo assim, é necessário estabelecer parâmetros para esse tipo de pesquisa, tendo em vista princípios fundamentais garantidos pela Constituição Federal e por Tratados e Resoluções internacionais, que visam a proteção dos direitos humanos, estabelecendo limites a serem seguidos pelos países quanto a pesquisas e testagens em humanos.

Não obstante, o acesso à saúde da pessoa com deficiência, ainda é limitado, ainda falta tratamento e recursos para promoção da completa inclusão dessas pessoas na sociedade, carecendo de maiores pesquisas e estudos sobre o tema, sendo necessário estratégias à luz da bioética e dos direitos fundamentais.

Logo, com o objetivo de contextualizar as conclusões deste artigo e promover a discussão sobre a temática, apresentou-se importantes considerações sobre a deficiência, a ética e a bioética, tendo em vista o papel dos gestores da saúde e do Estado, a fim de promover o acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde.

Dessa forma, a análise do presente artigo foi realizada utilizando a busca bibliográfica e documental, a partir de plataformas eletrônicas de dados, como Google Acadêmico, Scielo e Biblioteca de Teses e Dissertações, analisando ainda, como é tratado o acesso a saúde da pessoa com deficiência à luz da bioética, em especial sob a ótica da bioética de proteção e de intervenção, considerando a legislação vigente e a evolução desse debate.

## 2 | A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Na filosofia, em obras como “A República” e “A Política” faziam referência à eliminação de crianças que nasciam com limitações ou deformidades, abandonando-as ou sendo essas simplesmente jogadas das montanhas de Tygetos, na Grécia.

Nesse mesmo sentido, Leônidas, o rei da cidade de Esparta, também na Grécia, instruía os guerreiros de sua Poli a executarem as crianças nascidas com deficiência, alegando que os seus guerreiros deveriam ser perfeitos e atender plenamente os interesses e a defesa da cidade (GUGEL, 2007).

A imagem da pessoa com deficiência era ligada a imperfeição do corpo e da mente, ou seja, era ligada a alguma anomalia e deformação. Essa ideia permaneceu até a idade média, quando o Cristianismo trouxe a ideia de que a pessoa com deficiência também era uma criação divina, dotada de sentimentos, possuindo status de ser humano, sendo dignas da tutela de direitos, principalmente o direito à vida, possuindo alma, devendo ser consideradas seres viventes.

A legislação pátria emprega conceitos e terminologias relacionadas a construção do que seria a pessoa com deficiência, desenvolvendo políticas públicas voltadas a satisfação das demandas desse grupo.

Dessa forma, o Brasil possui legislação específica sobre deficiência, mas o conceito de deficiência advém do conceito médico de deficiência, estando diretamente relacionado a um diagnóstico definido por profissionais de saúde. Nessa senda, é que a deficiência do ponto de vista social é tratada como uma barreira física e organizacional, de modo que as políticas públicas editadas são espelhadas no modelo médico de deficiência.

Segundo o Ministério da Saúde, pessoas com deficiência são aquelas com algum impedimento a médio e longo prazo de natureza física, intelectual, mental ou sensorial, cuja barreira pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, nas mesmas condições que as demais.

Nessa linha, a Lei Brasileira de Inclusão instituída pela Lei nº 13.146 de 6 de julho de 2015, estabelece a definição de deficiência em seu artigo 2º:

Art. 2º Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

A referida lei considera a deficiência como um resultado da interação entre impedimentos, que são condições contínuas nas funções e estruturas do corpo, instituindo barreiras sociais, impedindo o gozo pleno e efetivo da participação da vida em sociedade em igualdade de condições.

A Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002, institui a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, considerando a necessidade de definição, no setor da saúde,



de uma política voltada para a reabilitação da pessoa portadora de deficiência na sua capacidade funcional e no desempenho humano, contribuindo para a inclusão plena em todas as esferas da vida social. (BRASIL, 2002)

Essa Política visa incluir a pessoa com deficiência em toda rede de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), como previsto pelos princípios estabelecidos na Lei 8.080/90, caracterizando-se por reconhecer a necessidade existente de se implementar um processo de respostas complexas quanto as questões envolvendo a atenção à saúde das pessoas com deficiência em nosso país.

Dentre as diretrizes da Política Nacional de Saúde da pessoa com deficiência, está a promoção da qualidade de vida das pessoas com deficiência; a assistência integral à saúde da pessoa com deficiência; a prevenção de deficiências; a ampliação e fortalecimento dos mecanismos de informação; a organização e funcionamento dos serviços de atenção à pessoa com deficiência e a capacitação de recursos humanos.

Portanto, diante de legislação específica sobre a temática, é de responsabilidade do Ministério da saúde a coordenação de todo o processo de formulação, acompanhamento, monitoramento, implementação e avaliação da política de saúde da pessoa com deficiência, observando os princípios e diretrizes do SUS, bem como os princípios consagrados pela Constituição Federal.

### **3 | BIOÉTICA E DEFICIÊNCIA**

A bioética juntamente com o movimento pelos direitos das pessoas com deficiência foram cada vez mais reconhecidos após a segunda mundial, surgindo como uma reação a antigos dogmas dominantes relacionados as áreas da saúde e assistência.

Desse modo, é importante ressaltar que a bioética foi fundamentada em princípios específicos como a autonomia, beneficência, equidade e não maleficência, surgindo novos estudos e pesquisas ligadas a esse novo ramo da ciência.

À propósito a bioética, se assemelha em alguns pontos com o movimento de conquista dos direitos das pessoas com deficiência, tanto pelo comprometimento com a autonomia do paciente, quanto no respeito e valorização da vida humana.

No entanto, em outros pontos a corrente bioética diverge do movimento das pessoas com deficiência quanto a preservação da vida, sendo a eutanásia e o infanticídio defendidos por bioeticistas, em situações que a deficiência impacta na qualidade de vida da pessoa com deficiência, considerando ruim e restrita.

Essas controvérsias entre os movimentos se evidenciam quando a temática trata da tomada de decisão pela família, levando questões como: “quando é solicitado pela pessoa com deficiência ajuda médica para morrer ou a suspensão do tratamento; quando crianças menores se submetidas a determinada intervenção médica terá deficiência, mas que poderão morrer sem o tratamento; futuros pais que poderão ter uma criança portadora

de deficiência”.

Dessa forma, a qualidade de vida vem sendo utilizada como parâmetro pela bioética para definir os recursos em saúde que devem ser alocados em determinado ponto. De todo modo, a expectativa é de sempre aumentar a qualidade de vida e diminuir ao máximo os impactos da deficiência, à vista do acesso a saúde proporcionado a esse grupo.

### **3.1 Bioética de proteção**

A bioética de proteção, foi gerada na América Latina e pensada no contexto da realidade vivenciada pelos países latino americanos, defendo o Estado como garantidor da proteção dos vulneráveis. Esse modelo, diz respeito a uma ética assimétrica, com um polo hipossuficiente, carecendo de auxílio para enfrentar a vida, e outro polo superior, forte, com poder e energia suficiente para responsabilizar-se em cuidar do fraco.

Insta dizer, que a ética da proteção também é coletiva, sendo o Estado o único ente público capaz de assumir as funções de proteção coletiva e promoção da igualdade das pessoas hipossuficientes.

Ora, a figura forte, tida como uma instancia superior, do ponto de vista da bioética de proteção seria o Estado, no papel de uma figura moral de proteção, compondo a ideia de força e de garantidor da efetividade das normas morais e legais. Lado outro, estaria a parte fraca, que necessita de proteção, como os pobres, os débeis, os enfermos, os discriminados, entre outros.

Logo, na concepção da ética da proteção, a justiça, deve ser aplicada aos hipossuficientes, tendo em vista seu caráter universal e o foco nas políticas públicas e ações sociais efetivas a fim de garantir aos necessitados o suprimento de suas demandas.

### **3.2 Bioética de intervenção**

A bioética de intervenção também tem suas raízes na origem latino-americana, possuindo o objetivo de ampliar o conceito de justiça, partindo de um ponto unitário para um enfoque global, trazendo em evidência na discussão as diferenças econômicas e sociais entre os países periféricos e centrais.

Essa visão da bioética da intervenção tem seu conceito baseado na equidade, com a ideia da busca pela igualdade material, que seria “tratar desigualmente os desiguais”, ou ainda, “tratar os desiguais na medida de sua desigualdade”, saindo em defesa dos interesses e dos direitos históricos e constitucionais dessas populações menos favorecidas dos países considerados periféricos.

Esse modelo teórico da bioética da intervenção vem propor análises de dilemas que colocam em xeque a autonomia e a justiça, direitos individuais e direitos coletivos, individualismo e solidariedade, possuindo como um dos referenciais teóricos o utilitarismo, inicialmente proposto por Jeramy Bentham em 1768.

Nessa baila, o princípio da utilidade é um princípio que aprova ou desaprova uma ação, podendo ser qualquer ação, em face do aumento ou diminuição da felicidade da

pessoa interessada no resultado dessa ação.

Sendo assim, o governo está em consonância com o princípio da utilidade quando o objetivo é propiciar uma felicidade maior que qualquer força para diminuí-la. Seguindo o modelo proposto por Bentham, a escassez dos recursos disponíveis e a tomada de decisão deve sempre priorizar o maior número de beneficiados possíveis, durante o maior período aferível, objetivando boas consequências, mesmo que existentes alguns prejuízos em situações individuais. Ressaltando, que sempre deve ser resguardado os direitos humanos e o bem-estar da maioria juntamente a qualidade de vida, sendo este fator determinante para distribuição dos recursos.

Logo, antes a existência da pessoa com deficiência, deve o Estado à luz da bioética da intervenção propiciar a completa felicidade, visando mesmo que de um ponto de vista coletivo, a felicidade desse grupo, tendo em vista que, cada vida é uma vida, cada história é uma história, cabendo ao Estado saber tratar a pessoa com deficiência com a medida necessária para proporção da qualidade de vida digna e condizente com o assegurado pelas normas.

## 4 | LEGISLAÇÃO BRASILEIRA PARA A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, trouxe diversos avanços no que diz respeito as questões sociais, garantindo direitos fundamentais, que antes não eram tutelados.

Dessa forma, especificamente quanto as pessoas com deficiência, as decisões foram remetidas a posterior regulamentação, mesmo a constituição tendo estabelecido marco legal de direitos fundamentais<sup>1</sup> e humanos, garantido acesso à saúde, à moradia, educação, lazer e outros, mantendo o caráter assistencialista da constituinte, que em contrapartida ao deixar de regular sobre a pessoa com deficiência, travou o processo de inclusão social e participação desse grupo no desenvolvimento do Brasil.

Há que se destacar que, ao tratar da Saúde, o legislador, utiliza apenas a expressão “recuperação”, citada no artigo 196, a qual pode estar ou não ligada ao atendimento integral e universal das pessoas com deficiência, conforme transcrição a seguir:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dessa forma, somente na seção da Assistência Social, no artigo 203, que surgem os termos “habilitação”, “reabilitação” e “promoção” de sua integração à vida comunitária:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar,

---

1 Constituição Federal, art. 6º - 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.

independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei. (*grifos nossos*)

Em continuação, a Lei do SUS dita o caráter de acesso integral, universal e igualitário aos serviços de saúde, com gestão descentralizada<sup>2</sup>. Outrora, a Lei 8.080/90 não trata quanto a atenção especializada à saúde das pessoas com deficiência.

Nessa esteira, existem leis específicas que tratam da pessoa com deficiência, que são marcos normativos da Lei nº 7.853/89 e o Decreto nº 3.298/99, estabelecendo princípios, objetivos, diretrizes e instrumentos da Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, estabelecendo acesso pleno à saúde, promovendo ainda, a habilitação e reabilitação, a fim de auxiliar esse grupo em todos os âmbitos, efetivando sua inclusão.

Além das leis mencionadas acima, temos a Lei nº 10.048/2000 e a Lei 10.098/2000, que foram normatizadas com o intuito de criar normas gerais e critérios básicos para que seja promovida a acessibilidade das pessoas com deficiência. Assim, o Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

O Decreto nº 5.296/2004, dispõe sobre o atendimento prioritária das pessoas com deficiência, conforme aduz seu artigo quinto<sup>3</sup>, tratando ainda da implementação da acessibilidade arquitetônica e urbanística e na comunicação, acesso aos meios de transporte, acesso à informação e à comunicação, instituindo um Programa Nacional de Acessibilidade<sup>4</sup>, como também institui o Comitê de Ajudas Técnicas<sup>5</sup>.

Em continuidade, como já mencionado, a Constituição Federal não mencionou de

2 Lima NM. Legislação federal básica na área da pessoa portadora de deficiência. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 2007.

3 Decreto nº 5.296/2004, art. 5º - Os órgãos da administração pública direta, indireta e fundacional, as empresas prestadoras de serviços públicos e as instituições financeiras deverão dispensar atendimento prioritário às pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida.

4 Decreto nº 5.296/2004, art. 67 - O Programa Nacional de Acessibilidade, sob a coordenação da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, por intermédio da CORDE, integrará os planos plurianuais, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais.

5 Decreto nº 5.296/2004, art. 66 - A Secretaria Especial dos Direitos Humanos instituirá Comitê de Ajudas Técnicas, constituído por profissionais que atuam nesta área, e que será responsável por: (...)

forma expressa as obrigações e responsabilidades quanto ao acesso à saúde das pessoas com deficiência, de modo que, a Lei nº 7.853/89 e como o Decreto nº 3.298/99, que instituíram diretrizes e ligação entre a pessoa com deficiência e as obrigações dos gestores em saúde e do Entes Federados de promoverem dos direitos fundamentais deste grupo.

Por fim, insta dizer que essas normas, são normas específicas regulamentadoras dos direitos constitucionais, que ressaltam o caráter intergovernamental e integrador das medidas e políticas a serem tomadas pelos Entes Federados, evidenciando a necessidade de investimentos e repasses específicas, responsabilidade e capacitação dos gestores de saúde e profissionais da área, bem como a necessidade de incluir a pessoa com deficiência em igualdade de oportunidades em todos os âmbitos sociais, em especial, a área da saúde.

## 5 | CONCLUSÃO

À vista do exposto, a pessoa com deficiência deve receber atenção igual a todo cidadão, possuindo direito ao acesso de serviços de saúde, como diagnósticos específicos, serviços de prevenção e de reabilitação, promoção da inclusão social, aquisição de órteses e próteses, contando com o acesso integral, universal e igualitário à saúde.

Dessa forma, foram positivadas leis e políticas públicas com o objetivo exclusivo de garantir à pessoa com deficiência seu acesso aos serviços de saúde, com base nos princípios do SUS, de acesso universal, integral e igualitário aos serviços de saúde e nos princípios fundamentais consagrados pela Constituição Federal.

Portanto, no cenário atual, é destaque os avanços da legislação vigente e, principalmente o avanço da bioética, que não converge em todos os pontos com o movimento da pessoa com deficiência, mas que, consagra sob o ponto de vista protetivo e intervencionista, o Estado como defensor dos hipossuficientes.

Além disso, quanto a destinação dos recursos destinados para a assistência à saúde, o papel da economia de mercado e a insuficiência do orçamento repassado, é diretamente impactada pelo papel dos gestores em saúde e pela correta aplicação da verba pública, a fim de efetivar a aplicação da lei e das políticas públicas para a pessoa com deficiência.

## REFERÊNCIAS

BENTHAM, Jeremy. **Uma introdução aos princípios da moral e da legislação**. Tradução de Luiz João Baraúna. São Paulo. Editora Abril. 1974.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 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: 1 abr. 2021.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 186, de 10 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília: Senado Federal; 2008.

BRASIL. Decreto Legislativo nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2007; 28 set.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

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

BRASIL, Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2016.

GUGEL, M.A. **Pessoas com Deficiência e o Direito do Trabalho**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007, p. 47.

Lima NM. **Legislação federal básica na área da pessoa portadora de deficiência**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência; 2007.

Oliveira, A.A.S. **Bioética de intervenção e macroalocação de recursos sanitários**. Universitas Face, 2005/2006; 2(2), 3(1):27-39.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, Organização Panamericana de Saúde. **CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

# CAPÍTULO 22

## O ACESSO À SAÚDE NO SISTEMA PENITENCIÁRIO: ANÁLISE DAS POLÍTICAS SOCIAIS DE SAÚDE VOLTADAS À POPULAÇÃO PRISIONAL BRASILEIRA

*Data de aceite: 01/06/2021*

### **Caroline Silva de Araujo Lima**

Faculdade Dinâmica do Vale do Piranga, FADIP  
Ponte Nova- MG

### **Esley Ruas Alkimim**

Faculdade Unidas do Norte de Minas-  
FUNORTE  
Montes Claros- MG

### **Gabriel Fernandes Franco**

Centro Universitário Ozanam Coelho-  
UNIFAGOC  
Ubá-MG

### **Laura Pena Carvalho**

Centro Universitário Ozanam Coelho-  
UNIFAGOC  
Ubá-MG

### **Bárbara Ribeiro**

Faculdade Unidas do Norte de Minas-  
FUNORTE  
Montes Claros- MG

### **João Victor Velasco Peixoto**

Faculdade Unidas do Norte de Minas-  
FUNORTE  
Montes Claros- MG

### **Taline Cristine de Sena Cardoso**

Faculdade Unidas do Norte de Minas-  
FUNORTE  
Montes Claros- MG

### **Paulo André Dias Barbosa**

Faculdade Unidas do Norte de Minas-  
FUNORTE  
Montes Claros- MG

### **Ana Paula Dias Barbosa**

Instituto de Ciências da Saúde-ICS  
Montes Claros- MG

### **Sara Araújo de Medeiros Mendes**

Centro Universitário do Planalto Central  
Aparecido dos Santos- UNICEPLAC  
Gama- DF

### **Rafael Bessa Fleming**

FAMINAS  
Belo Horizonte-MG

### **Melissa Magalhães Silva Gualberto**

Centro Universitário de Caratinga-UNEC  
Caratinga-MG

### **Carlos Eduardo Barbosa Roque**

Médico- Hospital Arnaldo Gavazza Filho

**RESUMO:** O presente artigo tem o intuito de analisar as políticas sociais de saúde desenvolvidas para a população prisional brasileira, dentre essas políticas foram analisadas a Lei de Execução Penal (LEP) e o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP). Com base nessa análise, foi feita uma reflexão entre as legislações existentes e a efetiva aplicação prática das normas de saúde, destacando o princípio constitucional da dignidade da pessoa humana. Além disso, foi realizada uma análise da população carcerária como norte a resistência da população frente a aplicação efetiva de direitos essenciais para os criminosos, em que pese, a falta de discussão parlamentar e estatal sobre essa parcela da população. Em notas conclusivas, foi constatado

que a partir dos anos 80, houve um avanço dos direitos relacionados à população prisional, de modo que, foram criadas leis e políticas de saúde visando a melhora do acesso aos serviços de saúde. No entanto, essas medidas não são efetivas, a superlotação dos presídios devido aos altos índices de criminalidade e de reincidência ao mundo crime, dificultando o planejamento e a implementação das políticas sociais de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Saúde; Sistema penitenciário; políticas sociais de saúde.

**ABSTRACT:** This article aims to analyze the social health policies developed for the Brazilian prison population, among these policies were analyzed the Penal Execution Law (LEP) and the National Health Plan in the Penitentiary System (PNSSP). Based on this analysis, a reflection was made between the existing legislation and the effective practical application of health standards, highlighting the constitutional principle of the dignity of the human person. In addition, an analysis of the prison population as a north was carried out by the population's resistance to the effective application of essential rights for criminals, despite the lack of parliamentary and state discussion on this portion of the population. In conclusive notes, it was found that from the 1980s, there was an advance in rights related to the prison population, so that laws and health policies were created to improve access to health services. However, these measures are not effective, the overcrowding of prisons due to high rates of crime and recidivism in the criminal world, making it difficult to plan and implement social health policies.

**KEYWORDS:** Health; Penitentiary system; social health policies.

## 1 | INTRODUÇÃO

Em relação a dados e pesquisas envolvendo a população carcerária no país, ainda são escassos os trabalhos, pesquisas e publicações envolvendo políticas públicas de saúde, principalmente quando se trata de saúde coletiva. Insta ressaltar, que dentre o quadro limitado de estudos se destacam os avaliadores de quantitativos, colocando em segundo plano toda a situação fática social desse grupo, deixando de analisar, inclusive, o contexto da universalidade de direitos garantidos pela Constituição Federal (Brasil, 1988).

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), o levantamento nacional a respeito das informações penitenciárias lançado em 2020, contém no Sisdepen<sup>1</sup> o número total de presos e monitorados eletronicamente do sistema penitenciário brasileiro, chegando ao gigantesco número de 759.518 presos.

Nesse cenário, o Brasil possui uma das maiores populações carcerárias do mundo e poucas políticas de saúde efetivas voltadas para essa parcela da população, carecendo de medidas de reintegração e assistência em saúde e social, necessitando de novos

<sup>1</sup> Criado em 2004, o Sisdepen compila informações estatísticas do sistema penitenciário brasileiro, por meio de um formulário de coleta preenchido pelos gestores de todos os estabelecimentos prisionais do país com a finalidade de diagnosticar a realidade prisional brasileira. A ferramenta faz parte da política de transparência e acesso à informação do Ministério da Justiça e Segurança Pública, por intermédio do Depen, que utiliza os dados coletados para aprimorar políticas públicas de saúde, educação, trabalho, cultura, esporte, assistência social e acesso à justiça. As informações estão disponíveis no formato de painel interativo e com relatórios analíticos, nos quais constam dados nacionais, estaduais e distrital. Disponível em: <https://www.gov.br/depem/pt-br/assuntos/noticias/depem-lanca-dados-do-sisdepen-do-primeiro-semester-de-2020#:~:text=O%20n%C3%BAmero%20total%20de%20presos,d%C3%A9ficit%20de%20vagas%20tamb%C3%A9m%20caiu.>



estabelecimentos prisionais, devido a superlotação dos presídios, em respeito ao princípio da dignidade da pessoa humana, garantido pela Carta Magna (Brasil, 1988).

Esse crescimento desenfreado da população em cárcere está diretamente relacionado a desigualdade social, ao aumento da pobreza e a má distribuição de renda existente em nosso país. Sendo assim, o estudo terá como base esses problemas sociais enfrentados e os reflexos nas políticas de saúde, em especial, as políticas desenvolvidas especificamente para a população carcerária.

Sendo assim, a análise do presente artigo foi realizada utilizando a busca bibliográfica e documental, a partir de plataformas eletrônicas de dados, como Google Acadêmico, Scielo, Biblioteca de Teses e Dissertações e Medline, pesquisando ainda, leis e políticas públicas voltadas à população prisional, focando em artigos originais sobre o tema com repercussão nacional, considerando os marcos existentes no processo de implementação dos direitos em saúde à população prisional.

## 2 | AS POLÍTICAS SOCIAIS NO SISTEMA PRISIONAL E O DIREITO À SAÚDE

No Brasil, o Código Penal estabelece a garantia da manutenção dos direitos sociais das pessoas em cárcere. No entanto, somente foi instituído o direito à assistência em saúde nos presídios existentes no país, com a criação da Lei de Execução Penal (LEP) em 1984, sendo essa Lei reafirmada pela Constituição Federal de 1988 a partir da universalização dos direitos e garantias assegurados pelo seu artigo quinto, em especial o direito à vida, à igualdade e à segurança.

Nessa baila, têm-se que o direito à saúde está regulado desde a década de 80, ou seja, antes mesmo do advento da Constituição Cidadã e da instituição da universalização dos direitos à saúde, o Estado já estava responsável pela garantia e promoção da assistência em saúde à toda população.

Dessa forma, a transição democrática da época e a aliança dos profissionais da saúde, inauguraram um movimento de Reforma Sanitária, baseado numa concepção de saúde ampliada<sup>2</sup>. Esse movimento conseguiu estabelecer um marco na nova ordem constitucional brasileira a partir do reconhecimento da saúde como direito fundamental do ser humano, e como consequência de políticas econômicas e sociais. (SALES, 2013)

De todo modo, insta dizer que a LEP foi precursora em regular normativamente os direitos da população prisional do Brasil, representando um enorme avanço para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde voltadas para a população em cárcere,

---

2 O relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) aponta a compreensão de saúde como "a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Ela é definida e estabelecida no contexto histórico de determinada sociedade, intimamente ligada às formas de organização social. Ao mesmo tempo, condiciona e resulta das formas de dominação e exclusão sociais. O Direito à saúde significa garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade".

inclusive, prevê em seu artigo 14, expressamente sobre a assistência à saúde do preso, compreendendo atendimento médico, farmacêutico e odontológico. (BRASIL, 1984)

Dessa forma, a LEP prevê tanto o atendimento da assistência em saúde, quanto a forma que ele deve se dar, de modo que, sempre deverá ser prestado o serviço em saúde quando necessário, e caso, não esteja o estabelecimento prisional preparado, esta será prestada em outro local.

À propósito, em 1990 foi promulgada a Lei 8.8080 e a Lei 8.142 com a finalidade de estruturar o Sistema Único de Saúde – SUS, dispoendo sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo um sistema participativo, universal, integral e igualitário.

Com isso, desde a implantação do Sistema Único de Saúde, observa-se a ampliação do acesso à saúde pela população brasileira (PIOLA, 2009), destacando a criação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário pela Portaria Interministerial MS/MJ nº1.777 de 09 de setembro de 2003, legitimando a garantia do acesso universal à saúde para a população prisional, ampliando ainda, as diretrizes de saúde estabelecidas pela LEP.

O PNSSP tem o intuito de estabelecer a responsabilização integral das políticas de saúde e de segurança, traçando um nexo entre o direito à saúde e o princípio da dignidade da pessoa humana, a uma parcela da população que até então possuía direitos, mas não havia políticas públicas efetivas que colocassem em prática a promoção dessas garantias em saúde.

Ressalta-se ainda, que a LEP e o PNSSP consagram a máxima existente na Constituição Federal de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado) (BRASIL, 1988), com a busca por intervir e implementar o acesso universal à saúde, diminuindo as desigualdades existentes nesse acesso, conforme dita o artigo 196 da Constituição Federal:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988; Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde)

Sendo assim, novamente a assistência em saúde foi exposta como um direito pelo marco constitucional, carecendo da construção de políticas públicas capazes de atender o ditame legal.

Portanto, por mais que existam normas e um avanço na ampliação dos direitos sociais da população carcerária com a instituição de polícias e programas sociais, a exemplo das mencionadas, ainda é um desafio a implantação com efetividade dessas normas, tendo em vista os diversos desafios a serem superados.

### 3 I A POPULAÇÃO CARCERÁRIA NO BRASIL

Quando se fala em sistema prisional, a ideia de “cadeia” reforça e reproduz a ideia de manutenção da ordem social, utilizando desse instrumento como forma de exclusão política e social de amplos setores da população (DELON, pág. 44). Dessa forma, há uma segregação social e de espaço, além da privação da liberdade, com o objetivo de punir, inibir e/ou prevenir condutas ilícitas, só que essa privação atinge em sua maioria as classes sociais desprivilegiadas, marcadas pela conexão com o estereótipo prisional brasileiro, onde aqueles que tem condições de vida menos favoráveis, são submetidos a condições desumanas de sobrevivência, violando o princípio da dignidade da pessoa humana.

Segundo o Departamento Penitenciário Nacional (Depen), o levantamento nacional a respeito das informações penitenciárias lançado em 2020, informa que o número total de presos e monitorados eletronicamente do sistema penitenciário brasileiro, chega a aproximadamente 759.518 presos.

Esse gigantesco número é justificado pelo processo de reestruturação da segurança, pela desigualdade social, pela má distribuição de renda, pelo baixo índice de ressocialização e pela cultura estabelecida de que a prisão seria uma medida efetiva de manutenção da ordem social.

Nessa baila, é importante dizer o perfil da população prisional brasileira em sua maioria, diz respeito a homens jovens, sem instrução, de baixa escolaridade, moradores de periferias dos centros urbanos, abordados, geralmente, por cometerem crimes contra o patrimônio.

De mais a mais, o poder público frente aos alarmes da mídia e a ocorrência de tragédias, enfrenta grandes problemas de segurança e controle de crises, necessitando de ações fragmentadas e operações de risco, carecendo de medidas mais severas para o efetivo controle da criminalidade.

Portanto, devido a essa alta taxa de criminalidade e de fatores sociais que levam as pessoas ao mundo do crime, é que existe no Brasil uma superlotação dos presídios, dificultando a implementação das políticas sociais de saúde, em razão da inexistência de condições mínimas de sobrevivência, desrespeitando inclusive, o disposto na Constituição Federal, contribuindo assim, para a manutenção do *status quo*.

#### 3.1 Preconceitos e dificuldades enfrentadas pela população prisional

O direito à saúde no sistema prisional, enfrenta dificuldades desde a definição do problema enfrentado até a implementação efetiva de políticas sociais já consolidadas, mas que não alcançam seus objetivos no campo prático.

No Brasil ainda existe a ideia de que o “crime compensa”, clamando a sociedade pela maior punição dos criminosos e pela aplicação da lei de forma rigoroso a fim de desmotivar a prática de crimes, elevando o ideal de justiça, equidade e igualdade.

Não obstante, temos um grande problema no país que é a necessidade de desmistificação de que o detendo não possui direitos, fazendo um juízo de valor negativo, julgando como perigosos, pessoas más, reproduzindo discursos de ódio e propagando sentimento de vingança como símbolo de justiça.

Dessa forma, a inexistência de direito à saúde para a população prisional, iria de encontro ao clamor de justiça, não devendo os criminosos serem cobertos pelo poder público em suas necessidades básicas e sociais por não serem cidadãos de bem, de modo que, qualquer conquista ou melhoria das condições de vida dos encarcerados é interpretada como um privilégio desnecessário.

Assim, está nítido que o debate a respeito do acesso à saúde pela população prisional não é inclusa nas pautas parlamentares, nem tão somente é bem vista por parte da sociedade e, quando aparece, está relacionada a massacres, rebeliões ou denúncias de morte, gerando inquéritos e investigações culminando em questões atinentes às políticas de saúde.

Logo, não foi no parlamento que lutou pela formulação de políticas voltadas para a promoção do acesso à saúde pela população prisional, muito pelo contrário, esse tema é um tema delicado, que pode acarretar em impopularidade e descontentamento.

Nessa baila, os próprios representantes da saúde atuaram num importante papel de articulação intersetorial, envolvendo desde a análise sobre o financiamento de políticas de saúde, a serem desenvolvidas nas unidades prisionais, aplicando os princípios constitucionais e os princípios esculpidos pelo Sistema Único de Saúde.

## 4 | CONCLUSÃO

Face o exposto, visando conter a crise de saúde existente no sistema carcerário, foram criados diretrizes gerais para a implementação de medidas para aplicação e universalização do acesso à saúde. No entanto, apesar da existência de mecanismos e políticas sociais no Brasil para promoção do acesso à saúde de forma efetiva, ainda falta vontade, planejamento e articulação política, para que essas medidas sejam aplicadas na prática, com um corpo qualificado e habilitado para atuar na reestruturação do frágil sistema prisional existente.

Atualmente, a escolha do governo vigente de criar políticas para as pessoas privadas de liberdade esbarra nos movimentos de parte da sociedade, contrários à efetivação desse direito. O raciocínio meritocrático, vinculado ao cidadão operário e somado a um sistema prisional falido em sua função de ressocialização, faz com que muitas das ações que visam alcançar a população prisional encontrem resistências para a sua real efetivação.

Apesar da cultura instaurada de que os criminosos não são detentores de direitos, é importante colocar em evidência o debate sobre essa temática, a fim de concluir pela ameaça a credibilidade da pena, em razão dos grandes números de reincidência ao mundo

do crime, deflagrando a ineficácia da ressocialização pelo atual sistema prisional.

Sendo assim, conforme exposto, a população prisional brasileira teve garantido constitucionalmente o seu direito à saúde, mas a aplicação efetiva desse direito ainda não é uma realidade. No entanto, deve ser estimulado cada vez mais o diálogo sobre esse assunto, a fim de colocar em evidência a população prisional nas discussões estatais e parlamentares, a fim de que haja mudanças, planejamento e reformulação das medidas aplicadas, com o objetivo de assegurar os direitos e garantias constitucionais, visando sobretudo, aumentar os índices de ressocialização e o ideal de justiça.

## REFERÊNCIAS

1. BARCINSKI, M. M. A.; ALTENBERND, B.; CAMPANI, C. C. Entre cuidar e vigiar: ambiguidades e contradições no discurso de uma agente penitenciária. *Ciência & Saúde Col.* Rio de Janeiro, v.19, n. 7, p.2245-2254, 2014.
2. BRASIL. Código Penal Brasileiro. Brasília, 1940. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm) Acesso em: 2 abr. 2021.
3. BRASIL. Lei de Execução Penal. Brasília, 1984. Disponível em: Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm) Acesso em: 1 abr. 2021. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7210.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7210.htm)
4. BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, 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: 1 abr. 2021.
5. BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário Brasília, 2003a. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/plano\\_nacional\\_saude\\_sistema\\_penitenciario\\_2ed.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvsm/publicacoes/plano_nacional_saude_sistema_penitenciario_2ed.pdf) Acesso em: 3 abr. 2021.
7. BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Justiça. Portaria Interministerial n.º 1.777/2003, de 09 de setembro de 2003. Brasília, 2003b. Disponível em: [http://www.sau.gov.br/index.php?option=com\\_gmg&controller=document&id=882](http://www.sau.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=882) Acesso em: 4 abr. 2021.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Legislação em saúde no sistema penitenciário*. 1ª ed. Brasília, DF: SAS, 2010. 172 p. (Série E. Legislação de Saúde).
9. LERMEN, Helena Salgueiro et al. Saúde no cárcere: análise das políticas sociais de saúde voltadas à população prisional brasileira. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 25, n. 3 [Acessado 3 Abril 2021], pp. 905-924. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>>. ISSN 1809-4481. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312015000300012>.
10. SALES, Mariana Alencar. Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário: o desenvolvimento da política e os reflexos no déficit de acesso aos serviços de saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Dissertações de Mestrado. Minas Gerais, 2013.
11. SILVA, Martinho. Saúde penitenciária no Brasil: plano e política. Brasília: Verbena, 2015. 117p.

## **SOBRE A ORGANIZADORA**

**FRANCISCA DE FÁTIMA DOS SANTOS FREIRE** - Enfermeira, graduada pela Universidade Católica Rainha do Sertão (2008) e Licenciatura Plena graduação em Pedagogia pela Universidade Estadual do Ceará (2000). É mestre em Ensino na Saúde- CMEPES- UECE (2016), Especialista em Saúde Mental, Violência Doméstica contra crianças e adolescentes- USP, Especialista em Docência do Ensino Profissional e Enfermagem Ginecológica e Obstétrica. Doutoranda em Ciências da Saúde, com ênfase em Saúde Coletiva. Atuando na docência do Ensino Superior há 12 anos, apresenta maestria na Graduação e Pós-Graduação Lato Sensu. Atualmente, é professora Assistente- A, da disciplina de Educação e Saúde, Bases psicológicas e Saúde Mental, do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade Princesa do Oeste-FPO. Na docência Lato Sensu leciona nos seguintes cursos: Enfermagem Obstetrícia e Ginecologia, na Saúde mental e na UTI Adulto. É integrante de bancas e orientações de Trabalho de Conclusão de curso nas áreas de domínio e professora titular de diversos cursos. É tutora da UAB/UFC na Especialização em Saúde Mental. É membro do Núcleo Docente Estruturante da Faculdade Princesa do Oeste. Integra o banco de orientadores e avaliadores da Escola de Saúde Pública do Ceará-ESP, na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, Saúde Coletiva e Saúde Mental. Atualmente a autora tem se dedicado a docência, palestras e a pesquisa com área de concentração: Saúde Coletiva, Atenção Psicossocial, Saúde da mulher e Educação Permanente em Saúde com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais.

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Acidentes de trânsito 159, 162, 170, 171

Agente comunitário de saúde (ACS) 98, 133, 144, 145, 146

Amartya Sen 16, 17, 18, 25, 27, 28, 29

Atenção primária à saúde 14, 16, 18, 21, 22, 28, 29, 56, 57, 65, 94, 96, 101, 103, 111, 112, 133

Atenção secundária à saúde 45, 56

Atendimento pré-hospitalar 159, 161, 171

Avaliação dos serviços de saúde 30

### B

Bioética 29, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 213, 215, 216, 217, 219, 220

Biossegurança em radiologia 192

### C

Centros de especialidades odontológicas 45, 46, 53, 54, 55, 56, 57, 60, 64

Check list 30, 32, 33, 41, 42, 65, 66, 67, 71, 74

### D

Diabetes mellitus tipo 2 154, 155, 156, 157, 158

Diagnóstico da situação de saúde 94

Direito das gestantes 205, 208

Direito médico 78, 83

### E

Epidemiologia 112, 114, 146, 170

Estágio supervisionado 192, 193

Exercício físico 154, 155, 156, 157

### F

Financiamento em saúde 85

### G

Gerência de serviços de saúde 1

Gestão de custo 85

Gestão hospitalar 85

## H

Humanização da assistência 55, 64, 65

## I

Instrumento de avaliação 32, 66

Integralidade do cuidado 24, 62, 147, 150

Interações medicamentosas 182, 184, 185, 186, 187, 188, 191

## L

Leishmaniose Visceral (LV) 124, 125, 126, 128, 129, 130, 131, 132

## M

Mastectomia 147, 149, 150, 151, 152, 153, 202

Maternidade 147, 150, 151, 152, 204, 205, 206, 207, 209, 217, 218

Modelos de financiamento em saúde 85

## P

Perfil epidemiológico 97, 130, 170, 171, 179

Pessoa com deficiência 212, 213, 214, 215, 217, 218, 219, 220

Planejamento sanitário 124, 130

Pluviometria 124

Política de saúde 16, 20, 65, 215

Prostate cancer (PC) 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122

Protocolos 33, 37, 38, 42, 60, 61, 65, 69, 72, 75, 147, 152, 182, 184, 185, 187, 188, 201

## Q

Qualidade de vida 11, 16, 18, 22, 23, 81, 95, 96, 103, 109, 133, 134, 135, 136, 138, 139, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 149, 151, 152, 153, 209, 215, 216, 217

## R

Reabilitação da saúde 20, 31, 148

## S

Sala de situação 112

Satisfação do usuário 45, 46, 48, 50, 51, 52

Saúde do trabalhador 30, 33, 38, 39, 133, 145

Segurança do paciente 182, 188

Serviços de saúde bucal 56

Sífilis congênita 172, 173, 174, 176, 177, 178, 179, 180



Sinan/DATASUS 124, 125

Sistemas de informação 14

Sistemas eletrônicos 96

Situação de rua 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211

## **T**

Tumor microenvironment 116, 121, 122, 123

## **V**


Vigilância sanitária 30, 31, 43

Violência 112, 159, 207, 210, 228



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

 [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)

 [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)

 @atenaeditora

 [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Ano 2021



# SERVIÇOS E CUIDADOS EM SAÚDE

-  [www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)
-  [contato@atenaeditora.com.br](mailto:contato@atenaeditora.com.br)
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  [www.facebook.com/atenaeditora.com.br](https://www.facebook.com/atenaeditora.com.br)

  
Atena  
Editora  
Ano 2021