

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**ENTRE AS**

**CAUSAS**

**E OS**

**EFEITOS**

**CONSTRUÇÃO DE DIAGRAMAS  
DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA**

**ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO  
NILBA LIMA DE SOUZA**  
ORGANIZADORAS

ERIKA SIMONE GALVÃO PINTO  
NILBA LIMA DE SOUZA  
ORGANIZADORAS

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde



## CONSTRUÇÃO DE DIAGRAMAS DOS PROBLEMAS DE SAÚDE PÚBLICA

1ª Edição  
Porto Alegre | RS | 2019



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



**Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

**Túlio Batista Franco**

**Coordenação Editorial**

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes**

**Conselho Editorial**

**Adriane Pires Batiston** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Alcindo Antônio Ferla** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ana Lúcia Abrahão da Silva** - Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Àngel Martínez-Hernández** – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

**Angelo Stefanini** – Università di Bologna, Itália

**Ardigó Martino** – Università di Bologna, Itália

**Berta Paz Lorigo** – Universitat de les Illes Balears, Espanha

**Celia Beatriz Iriart** – University of New Mexico, Estados Unidos da América

**Débora Cristina Bertussi** - Universidade São Caetano do Sul, Brasil

**Denise Bueno** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Denise Antunes de Azambuja Zocche** – Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil

**Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Emerson Elias Merhy** – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

**Felipe Proença de Oliveira** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Francisca Valda Silva de Oliveira** – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

**Izabella Barison Matos** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Hêider Aurélio Pinto** – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil

**João Henrique Lara do Amaral** – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

**José Ivo dos Santos Pedrosa** - Universidade Federal do Piauí, Brasil

**Júlio César Schweickardt** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Laura Serrant-Green** – University of Wolverhampton, Inglaterra

**Leonardo Federico** – Universidad Nacional de Lanús, Argentina

**Lisiane Böer Possa** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Liliana Santos** – Universidade Federal da Bahia, Brasil

**Luciano Bezerra Gomes** – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

**Mara Lisiane dos Santos** – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Maria Augusta Nicoli** – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália

**Márcia Regina Cardoso Torres** – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

**Marco Akerman** – Universidade de São Paulo, Brasil

**Maria das Graças Alves Pereira** - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre , Brasil

**Maria Luiza Jaeger** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Maria Rocineide Ferreira da Silva** – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

**Oswaldo Peralta Bonetti** - Ministério da Saúde, Brasil

**Odete Messa Torres** – Universidade federal do Pampa, Brasil

**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** – Universidade Federal do Pará, Brasil

**Renan Albuquerque Rodrigues** – Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil

**Ricardo Burg Ceccim** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

**Ricardo Luiz Narciso Moebus** - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

**Rossana Staeve Baduy** – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

**Simone Edi Chaves** – Ideia e Método, Brasil

**Sueli Terezinha Goi Barrios** – Ministério da Saúde, Brasil

**Túlio Batista Franco** – Universidade Federal Fluminense, Brasil

**Vanderléia Laodete Pulga** – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

**Vera Lucia Kodjaoglanian** – Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil

**Vera Maria Rocha** – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

**Comissão Executiva Editorial**

**Márcia Regina Cardoso Torres**

**Gabriel Calazans Baptista**

**Letícia Stanczyk**

**Capa | Projeto Gráfico | Diagramação**

**Lucia Pouchain**

---

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

---

E61    Entre as causas e os efeitos: construção de diagramas dos problemas de saúde pública / Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA; 2019. 116 p. : il. – (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde)

ISBN: 978-85-54329-24-2

DOI: 10.18310/9788554329242

1. Vigilância em Saúde Pública. 2. Promoção da Saúde. 3. Sistemas de Informação em Saúde. 4. Vigilância em Saúde. 5. Sistema Único de Saúde. I. Pinto, Erika Simone Galvão (org.). II. Souza, Nilba Lima de (org.). III. Série.

NLM: W84

---

Catalogação elaborada pela Editor Rede UNIDA

---

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA  
Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre – RS. Fone: (51) 3391-1252

**www.redeunida.org.br**



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos docentes e discentes do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) que contribuíram para a construção desse livro. Este livro é resultado da confiança e do empenho de todos.

*As organizadoras*

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO.....</b>                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>11</b> |
| <b>PREFÁCIO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| <b>O DESAFIO DE CONSTRUÇÃO DE DIAGRAMA DE PROBLEMAS .....</b>                                                                                                                                                                                                                       | <b>13</b> |
| <i>Oswaldo Yoshimi Tanaka</i>                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| <b>CAPÍTULO 1</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| <b>ACOLHIMENTO INEFICIENTE DO ADOLESCENTE USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>                                                                                                                                                          | <b>17</b> |
| <i>Ana Beatriz Ferreira Vitorino, Cintia Galvão Queiroz, Isadora Lorenna Alves Nogueira, Kadyjina Daiane Batista Lúcio, Marcelly Santos Cossi, Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira, Isabelle Katherine Fernandes Costa</i>           |           |
| <b>CAPÍTULO 2</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| <b>ALTA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS .....</b>                                                                                                                                                                                                           | <b>33</b> |
| <i>Cintia Capistrano Teixeira Rocha, Heloiza Talita Adriano da Silva, Julliana Fernandes de Sena, Priscila Fernandes Meireles Câmara, Renata Clemente dos Santos, Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, Isabelle Katherine Fernandes Costa</i>                            |           |
| <b>CAPÍTULO 3</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| <b>AUMENTO NA INCIDÊNCIA DE ARBOVIROSES NO BRASIL .....</b>                                                                                                                                                                                                                         | <b>49</b> |
| <i>Cristiane da Câmara Marques, Eliabe Rodrigues de Medeiros, Fernando Hiago da Silva Duarte, Jéssika Wanessa Soares Costa, Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, Alessandra Rodrigues Feijão, Richardson Augusto Rosendo da Silva, Milva Maria Figueiredo de Martino</i> |           |
| <b>CAPÍTULO 4</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| <b>CAUSAS PRIORITÁRIAS NAS SUBNOTIFICAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>                                                                                                                                                                                                     | <b>59</b> |
| <i>Ana Paula Nunes de Lima Fernandes, Amanda Barbosa da Silva, Lorrainy da Cruz Solano, Mércio Gabriel Araújo, Raianny Alves da Costa, Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, Allyne Fortes Vitor, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda</i>                                  |           |
| <b>CAPÍTULO 5</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |
| <b>DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....</b>                                                                                                                                                                           | <b>79</b> |
| <i>Alexandra do Nascimento Cassiano, Giovanna Karinny Pereira Cruz, Gleyce Any Freire de Lima, Romeika Carla Ferreira de Sena, Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, Marcos Antonio Ferreira Júnior, Bertha Cruz Enders, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda</i>           |           |

## CAPÍTULO 6

### MUTICAUSALIDADE DA SUBNOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO PELA EQUIPE DE SAÚDE ..... 93

*Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício, Dândara Nayara Azevêdo Dantas, Deyla Moura Ramos Isoldi, Emanuella de Castro Marcolino, Karolina de Moura Manso da Rocha, Erika Simone Galvão Pinto, Nilba Lima de Souza, Francisco Arnoldo Nunes de Miranda, Bertha Cruz Enders, Richardson Augusto Rosendo da Silva*

### SOBRE AS ORGANIZADORAS..... 109

### SOBRE OS AUTORES..... 111

## APRESENTAÇÃO

Entre as causas e os efeitos: construção de diagramas dos problemas de saúde pública é um produto resultante da disciplina Enfermagem na Vigilância à Saúde do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PGENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Os temas abordados na disciplina referiram-se ao contexto histórico, político, social, econômico e ambiental da vigilância à saúde, Vigilância em saúde com risco e promoção em saúde; Sistema de informação em Saúde e Vigilância em saúde e planejamento, distribuídos em seminários.

Para cada tema foi solicitado que cada grupo de alunos construísse um seminário e, com base no tema específico de estudo, elencasse uma situação problema e a representasse por meio do Diagrama de Ishikawa. O objetivo foi destacar a relação de causa e efeito desta situação problema, inserida no macro contexto da Vigilância à Saúde. Portanto, todos os capítulos desse livro foram construídos com base em uma temática e uma situação considerada como agravo de saúde e que se insere na temática estudada e no contexto da Vigilância à Saúde.

Com o uso dessa estratégia nós professores da disciplina de Vigilância à Saúde e também organizadores desse livro, buscamos evidenciar de forma contextualizada e com uso de ferramentas gráficas a responsabilidade dos alunos de pós-graduação como agentes do processo de Vigilância à Saúde e precursores da prevenção de agravos e promoção da saúde da população.

Trata-se, portanto de uma experiência bem sucedida na qual o Diagrama de Ishikawa, serviu como uma importante ferramenta de ensino-aprendizagem e de aproximação visual e intelectual de agravos que podem comprometer a saúde e a qualidade de vida da população.

*As organizadoras*

## PREFÁCIO

### O DESAFIO DE CONSTRUÇÃO DE DIAGRAMA DE PROBLEMAS

Oswaldo Yoshimi Tanaka

O presente livro vem preencher uma importante lacuna de conhecimento ao construir e disponibilizar aos profissionais de saúde que trabalham na construção de um sistema universal de saúde mais efetivo e mais justo para a população brasileira.

A proposta de identificar possíveis causas e consequentes efeitos utilizando a construção de diagrama lógico (Ishikawa) permitem visualizar a potência deste instrumento útil para a melhoria da qualidade do cuidado em saúde.

Abordar o acolhimento aos adolescentes usuários de álcool e outras drogas no âmbito da Atenção Primária em Saúde permite identificar com clareza as deficiências do modelo de atenção e a inadequação de algumas abordagens utilizadas para o enfrentamento do problema de saúde. As análises realizadas dos fatores permitem questionar as referências teóricas dos modelos propostos. Do mesmo modo, descortina as contradições encontradas na prática concreta, especialmente as dificuldades encontradas para o empoderamento do adolescente.

Frente a um problema de alta prevalência como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a análise crítica das distintas diretrizes e políticas públicas poderá se beneficiar da construção do diagrama de causas e efeitos. Ao identificar fatores modificáveis e não modificáveis no processo saúde-doença e os fatores que dificultam a adesão ao tratamento permitem avançar no conhecimento existente para o enfrentamento no controle da HAS.

O recrudescimento da incidência das arboviroses no Brasil traz à tona a importância do controle das variáveis intervenientes em um mundo em constante transformação. Se descortina a necessidade de revisão das

estratégias implementadas para o controle destes agravos re-emergentes. Devido a especificidades desses problemas de saúde que envolvem o homem, o vetor, o agente e o meio ambiente a utilização proposta do diagrama facilita a identificação e a separação das distintas variáveis de análise. Ao analisar criticamente a factibilidade e a eficácia de cada intervenção facilitaria o processo de tomada de decisão na escolha de estratégias para o controle das arboviroses.

As informações são essenciais para qualquer prestação de serviços em saúde e especialmente no Sistema Único de Saúde (SUS). Estas são muito importantes para identificar a magnitude do problema bem como para o acompanhamento das atividades de intervenção que possam resultar em melhoria das condições de saúde. Tendo em vista a importância da Atenção primária em saúde como porta de entrada do sistema com potencial para organização da atenção, a revisão da literatura realizada buscou identificar as deficiências de notificação nos sistemas de informação classificadas em causas e efeitos. O diagrama construído permite identificar os fatores relacionados e estrutura/funcionamento dos sistemas de informação e os fatores relacionados a atuação dos recursos humanos nas ações de saúde.

A participação popular no controle social tem sido um tema relevante e intrigante na sustentabilidade do SUS. Os fatores identificados que influenciam a insuficiência de participação popular estão relacionados a fragilidade de construção da malha social em geral. Por outro lado, as características do modelo de atenção diminuem os espaços de negociação política em que poderia ocorrer a efetiva participação popular no processo de decisão.

O texto contribui ao sistematizar no diagrama os acidentes de trabalho com material biológico como um tema importante para identificar causas e efeitos deste resultado indesejado. Os fatores identificados no diagrama permitem visualizar as medidas de prevenção e redução de danos, que poderiam resultar na implementação das medidas de correção. Neste contexto realça a existência de subnotificações dos casos o que fragilizaria as medidas de intervenção. A revisão bibliográfica realizada permite a identificação das causas e possíveis recomendações para a correção das subnotificações. Essas foram estratificadas em fatores individuais, organizativos, normativos e institucionais.

Os temas trabalhados no livro contam com a participação de vários autores de distintas formações que propiciam abordar temas complexos com distintas vertentes enriquecendo os desafios de construção dos diagramas. As distintas formas de apresentar o diagrama fortalecem o uso prático destes frente aos problemas a serem abordados nos distintos capítulos do livro, sendo extremamente úteis para a formação de profissionais da saúde.



## ACOLHIMENTO INEFICIENTE DO ADOLESCENTE USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Beatriz Ferreira Vitorino  
Cintia Galvão Queiroz  
Isadora Lorena Alves Nogueira  
Kadyjina Daiane Batista Lúcio  
Marcelly Santos Cossi  
Erika Simone Galvão Pinto  
Nilba Lima de Souza  
Ana Luísa Brandão de Carvalho Lira  
Isabelle Katherine Fernandes Costa

### INTRODUÇÃO

A promoção da saúde vem consolidando-se ao longo dos anos como estratégia singular na garantia da qualidade de vida da população mediante influência mundial na discussão dos aspectos relacionados ao seu conceito e relevância no cenário populacional. Pioneiramente, em 1946, o autor Sigerist propõe, internacionalmente, o conceito de promoção da saúde ao dimensionar as quatro vertentes essenciais à medicina: promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação dos enfermos e a reabilitação. Para ele, a saúde é promovida por meio de condições de vida adequadas, ambientes de trabalho favoráveis, educação, cultura, lazer e repouso necessário aos indivíduos (CZERESNIA; FREITAS, 2012).

Nesta perspectiva, surge em 1965 o Modelo de Explicação Multicausal por Leavell e Clark em que o processo saúde-doença é compreendido pela relação entre ambiente, agente e hospedeiro, resultando no adoecimento do indivíduo ao haver o desequilíbrio desse sistema. Para tanto, são descritos cinco níveis para o surgimento da doença, sendo o primeiro deles direcionado a medidas de promoção da saúde, agrupados, ainda, em três tipos de prevenção: primária, secundária e terciária. Apesar do conceito multicausal proposto, o modelo apresentava-se muito voltado aos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos

sociais da população, o que fragilizava o entendimento adequado e ampliado de saúde na época (LEAVELL; CLARK, 1976).

Em nível nacional, o movimento sanitário advindo em 1970 culminou na reestruturação da saúde brasileira, evidenciando uma nova concepção de saúde para a população. Resultou assim, na maior articulação do Ministério da Saúde com as demais esferas governamentais a fim de criar projetos verticais destinados ao controle de doenças como hanseníase, tuberculose e câncer, além da ampliação do repasse de verbas federais. Em 1978, internacionalmente, tem-se o Informe Lalonde, produzido no Canadá, compreendido como o marco inicial da promoção da saúde, em que se evidencia a necessidade de reorganização da assistência médica, até então baseada em uma concepção biomédica (LEMCO, 1994; BECKER, 2011).

Ainda frente ao panorama histórico, em 1978 acontece a I Conferência Internacional sobre Atenção primária de saúde, reunida na Declaração de Alma Ata, em que a promoção e proteção da saúde dos povos são elencados como pontos essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social, sendo, portanto, eixos norteadores ao alcance da meta proposta: Saúde para todos no ano 2000 (BRASIL, 2002; PAIVA; TEIXEIRA, 2014). Nesse sentido, em 1986, surge a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, documentada na Carta de Ottawa, em que é destacada a inter-relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis, enfatizando a capacitação da população como atores ativos e centrais desse processo e seres capazes de atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2002).

Paralelamente, acontece no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) visando à afirmação dos princípios de Promoção da Saúde e subsidiando, portanto, a introdução do conceito saúde na Constituição Brasileira de 1988, a qual propõe em seu artigo 196 a saúde como dever do Estado garantido a todos os cidadãos por meio de políticas sociais e econômicas que permitam acesso universal e igualitário aos integrantes da rede de atenção direcionada às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2002).

Em 1988, é realizada a II Conferência sobre Promoção da saúde disposta na Declaração de Adelaide, em que a saúde é apresentada como direito imprescindível ao indivíduo e, portanto, um investimento social adequado,

devendo os governos somar esforços para o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e promoção da saúde da população (BRASIL, 2002).

No Brasil, o conceito de promoção da saúde foi impulsionado com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde 8.000 (1990), a qual dispõe sobre medidas para promoção, proteção e recuperação da saúde, apontando os determinantes e condicionantes atinentes à saúde da população, a saber: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990). A III Conferência Internacional sobre Promoção da saúde, ocorrida em 1991 e documentada na Declaração de Sundsväl, reitera o exposto ao destacar a importância de um ambiente favorável para a promoção da saúde e a contribuição de todos para a formação desse cenário (BRASIL, 2002).

No âmbito brasileiro, o Programa Saúde da Família (1992) configurou-se no primeiro projeto a se inspirar e operar com preceitos de Promoção da Saúde com vistas à reorientação do modelo assistencial vigente a partir de equipes multiprofissionais. Ações voltadas à promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e manutenção da saúde comunitária (BUSS; CARVALHO, 2009). Durante a IV Conferência Internacional sobre Promoção da saúde (1997), registrada na Declaração de Jacarta, houve a inserção do setor privado no apoio à promoção da saúde (BRASIL, 2002).

A ampliação do conceito de promoção da saúde e forte discussão dos aspectos relacionados a essa temática, resultaram na criação da Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS, em 2002, a qual descreve oito temas prioritários, são eles: formação e educação permanente; alimentação adequada e saudável; promoção e desenvolvimento sustentável; promoção da cultura da paz e dos direitos humanos; promoção da mobilidade segura; práticas corporais e atividade física; enfrentamento ao uso abusivo do tabaco e de seus derivados e enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas (BRASIL, 2015).

Diante da trajetória histórica elucidada, percebe-se a relevância de ações direcionadas à promoção da saúde como estratégia preponderante na garantia da saúde como um direito de todos os cidadãos a ser adotada pelos diversos setores sociais e profissionais. Como questões norteadoras, têm-se: De que forma o enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas surge como um problema relacionado às ações de promoção da saúde? Quais são as causas

primárias e secundárias responsáveis por influenciar diretamente na ocorrência do problema identificado? Quais ações podem ser desenvolvidas pelos diversos setores sociais e profissionais no intuito de minimizar as lacunas observadas? O presente estudo tem por objetivo, portanto, discorrer sobre a temática elucidada na PNPS Enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas na perspectiva da promoção da saúde visando à elaboração do Diagrama de Ishikawa.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Norte, tendo como embasamento o Diagrama de Causa e Efeito, também chamado de Diagrama de Ishikawa, ou ainda Diagrama “Espinha-de-peixe”. O diagrama de Ishikawa foi criado pelo professor Kaoru Ishikawa da Universidade de Tóquio em 1943. Esse instrumento visa facilitar o processo de identificação das principais causas de problemas a serem resolvidos e os fatores/causas que levam a determinados resultados que se deseja obter, através de uma representação gráfica (SILVA, 2008; MACEDO, 2010). Ou seja, o Diagrama de Ishikawa é facilitador da identificação das principais causas que podem gerar o efeito, otimizando a visualização do processo para ser apontado aumento em sua eficácia (SEBRAE, 2005; FERREIRA, 2012).

Para a elaboração do Diagrama de Ishikawa o primeiro passo é a identificação de um efeito ou problema a ser abordado, como citado anteriormente, no qual é colocado ao lado direito da figura (Figura 1 - exposta nos resultados do estudo). Após isso, traça-se uma linha horizontal que parte do problema para a esquerda. Desta linha horizontal são desenhadas linhas diagonais, tanto pra cima quanto para baixo, nas quais estarão destacadas as causas primárias e secundárias do problema a ser solucionado (FERREIRA, 2012; SEBRAE, 2005).

Concernente à elaboração do Diagrama de Ishikawa do presente estudo, o primeiro passo foi a leitura do Plano Nacional de Promoção à Saúde, no intuito de se encontrar um problema a ser resolvido dentro da temática abordada. Nesse sentido, optou-se por escolher um problema que está descrito dentro dos oito Temas Prioritários do PNPS, a saber: enfrentamento do uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim, o problema a ser destacado no diagrama é o “Acolhimento ineficiente do adolescente usuário de álcool e outras drogas no contexto da

Atenção Primária a Saúde”. Para este problema foram descritas as possíveis causas a serem futuramente trabalhadas e possivelmente solucionadas.

## RESULTADOS

A figura 1 demonstra o Diagrama de Ishikawa e suas causas primárias e secundárias.

**Figura 1** – Diagrama de Ishikawa do acolhimento ineficiente do adolescente usuário de álcool e outras drogas no contexto da atenção primária à saúde



A partir do problema selecionado, puderam ser traçados quatro causas primárias, a saber: *Abordagem inadequada ao adolescente*, *Ineficácia do modelo de atenção biomédico*, *Necessidade de empoderamento do adolescente sobre seu processo saúde-doença* e *Deficiência no mapeamento e identificação do adolescente em situação de risco*. Após isso, foram traçados as possíveis causas secundárias dentro de cada causa primária para o problema encontrado e passível de solução.

Nesse sentido, como causas secundárias da *Abordagem inadequada ao adolescente*, tem-se: apropriação incipiente sobre a estratégia de redução de dados, justificada como um dos motivos de os profissionais da APS não abordarem

adequadamente o adolescente em situação de álcool e outras drogas; fragilidade na facilitação do acesso aos serviços de saúde; além disso, falta de estreitamento no vínculo profissional-adolescente; estigma e preconceitos dos profissionais e a quebra de sigilo

No que diz respeito às causas secundárias da *Ineficácia do modelo de atenção biomédico*, destaca-se o enfoque prioritário no cuidado às demandas clínicas; além disso, o déficit na assistência integral aos adolescentes; destaca-se, ainda, a ausência ou insuficiência de formação profissional na área; carência de educação permanente para os profissionais, no intuito que estes se sensibilizem e entendam a importância da assistência ao adolescente principalmente em situação de álcool e drogas; articulação intersetorial fragilizada e prática de encaminhamento do adolescente às instituições de caráter segregatório como, por exemplo, clínicas de reabilitação ou manicômios.

Para a causa primária *Necessidade de empoderamento do adolescente sobre seu processo saúde-doença* foi destacadas duas causas secundárias, a saber: sensação juvenil de onipotência, o que faz com que o adolescente perca a razão em diversas ocasiões, se distanciando da realidade em que se encontra sob o processo saúde-doença; e limitada procura dos adolescentes aos serviços, distanciando-o também da realidade da assistência primária à saúde.

No que concerne à *Deficiência no mapeamento e identificação do adolescente em situação de risco* foram traçadas como causas secundárias: invisibilidade do adolescente; deficiência na busca ativa aos adolescentes pelos profissionais e dificuldade de implantação do Programa Saúde na Escola, dificultando ainda mais o encontro dos adolescentes em situação de álcool e outras drogas.

## DISCUSSÃO

O diagrama de Ishikawa apresentado (Figura 1) mostra as causas de um problema prioritário, mediante análise de causas primárias e secundárias. A ineficácia do modelo de atenção biomédico, abordagem inadequada ao adolescente, à deficiência no mapeamento e a necessidade de empoderamento do adolescente sobre o seu processo saúde-doença são fatores que devem ser levados em consideração para solucionar o acolhimento ineficiente do adolescente usuário de álcool e outras drogas no contexto da APS.

Como a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS detém cunho estratégico nas ações assistenciais, intervindo nas necessidades básicas de saúde, sendo de grande importância para a solução dos problemas dos usuários de álcool e outras drogas (AYRES, 2013; SILVA et al., 2014).

Ainda assim, nota-se que as ações de saúde ainda estão pautadas no modelo biomédico e que ainda existem barreiras na atenção ao adolescente usuário de álcool e outras drogas nesse nível de atenção. As ações no âmbito da APS ainda possuem caráter assistencialista, centrado na doença e na cura, pautado no modelo psiquiátrico caracterizando-se por estabelecimentos de protocolos de intervenção farmacológica, distanciando-se de uma atuação intersetorial e do desenvolvimento de ações preventivas e a promoção da saúde mental (COELHO, 2014; MORETTI-PIRES, 2011).

Os atendimentos que chegam ao serviço resumem-se a agravos agudos desse público que levam sujeitos e familiares a buscar ajuda, uma vez que não sabem lidar com a problemática. Na prática, a assistência é oferecida a partir da demanda espontânea, seguindo estritamente o que determinam manuais e fluxogramas, restringindo-se esporadicamente a consultas individuais quando o adolescente procura a unidade, visitas domiciliares, encaminhamento para outros níveis de atenção e para instituições de caráter segregatório. Os profissionais ainda consideram, equivocadamente, que o atendimento a esse público foge a sua competência, uma vez que supostamente, estes deveriam ser atendidos em espaços especializados, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) ou encaminhado às instituições de caráter segregatório (COELHO, 2014; SILVA et al., 2014).

As atividades realizadas nesse âmbito na APS ainda ocorrem de forma genérica, sem capacitação dos profissionais para prestar assistências a pessoas com dependência química, independente da faixa etária acometida (SILVA et al., 2014). A formação ainda é pautada no modelo psiquiátrico e o despreparo dos profissionais é evidenciado pela ausência ou insuficiência de formação para lidar com as demandas que são impostas no cotidiano. Todavia, diante da ausência de espaços de educação continuada sobre esta temática nos serviços de saúde, alguns profissionais buscam esse conhecimento por conta própria a partir de cursos específicos, pela preocupação em dar algumas respostas às necessidades desses usuários (COELHO, 2014).

Neste sentido, o enfermeiro deve orientar suas ações firmado na integralidade e na ética, compreendendo o adolescente usuário de álcool e outras drogas em sua totalidade, considerando aspectos sociais, econômicos, culturais, familiares e éticos. Isso configura um processo permanente que visa não apenas restringir-se as instituições de saúde, mas também com a família e outros atores sociais, como a escola, instituições de tratamento reabilitador e a comunidade (VALENÇA et al., 2013).

Todavia, na prática percebe-se uma abordagem inadequada ao adolescente referente à frágil atuação e elo entre os adolescentes usuários de álcool e outras drogas e profissionais de saúde, relacionada à apropriação incipiente sobre a estratégia de redução de danos, fragilidade na facilitação do acesso aos serviços de saúde, falta de estreitamento no vínculo profissional-adolescente, estigmas e preconceitos dos próprios profissionais de saúde e quebra de sigilo.

A redução de danos (RD) trata-se de um conjunto de estratégias que buscam minimizar os danos ocasionados pelo uso de drogas sem, necessariamente, reduzir seu consumo, respeitando a escolha do usuário pelo uso ou não das substâncias. A RD foi assumida como estratégia no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, a fim de evitar as DST/Aids e hepatites entre os usuários de drogas injetáveis (MARCHESINI et al., 2007; IHRA, 2010; MARQUES; DONEDA, 1998). Desse modo, projetos e programas foram desenvolvidos no país utilizando essa estratégia através de ações preventivas, tais como: distribuição de seringas, atividades de informação, educação e comunicação, aconselhamento, encaminhamento, vacinação, dentre outras (SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Entretanto, a estratégia de RD ainda encontra percalços na sua implementação que podem estar relacionados a diversos motivos inerentes ao adolescente, aos profissionais redutores, à sociedade ou ainda ao próprio sistema de saúde atrelado ao paradigma de combate ao uso de drogas.

Nardi e Rigoni (2009) e Souza et al. (2007) apontam a ausência de supervisão e de coesão das ações de campo como fragilidades na implantação das ações da estratégia de redução de danos. Os autores assinalam que os profissionais redutores atuam de modo independente, sem o apoio do CAPS ad e da equipe que deve trabalhar de forma integrada e comprometida com a RD.

Alguns profissionais não reconhecem a existência da política de redução de danos e reforçam a abstinência como o principal objetivo a ser alcançado. No entanto, vale salientar que extinguir o uso das drogas, apesar de não ser a meta principal, pode ser alcançado se essa for à vontade do usuário sem nenhuma imposição da equipe (MORAIS, 2008).

Tendo em vista que a estratégia de RD pauta-se em uma visão ampliada sobre o uso de álcool e outras drogas, que envolve a necessidade de apropriação da mesma para uma atuação adequada, aponta-se a necessidade desse aprofundamento dos profissionais sobre a RD para que haja uma verdadeira efetivação da estratégia. Aliado a apropriação incipiente sobre a estratégia de redução de danos estão os estigmas e preconceitos existentes na sociedade, inclusive entre os profissionais de saúde sobre os usuários, tratando-os como únicos responsáveis/culpados pela condição em que se encontram.

Nessa perspectiva, autores pontuam a dificuldade de implementar as políticas mais atuais relacionadas ao enfrentamento do uso de álcool e outras drogas, devido aos antigos paradigmas ainda arraigados na sociedade, o que dificulta a sensibilização de gestores e profissionais do SUS e também da comunidade sobre a estratégia de RD (NARDI; RIGONI, 2009; SOUZA; MONTEIRO, 2011).

Esses preconceitos estão relacionados à proibição penal do consumo de drogas ilícitas e à visão social de que o uso está necessariamente relacionado à miséria e ao crime. Dessa forma, os usuários são vistos como pessoas marginalizadas, improdutivas para sociedade, o que dificulta sua reinserção social e apoio nesse processo de enfrentamento (GASPAR; MINOZZO, 201-?).

Aliada a essa realidade observada está à falta de reconhecimento desses jovens usuários no território, ocasionando um vínculo prejudicado e não estreitado entre o profissional e o adolescente, seja pelos estigmas e preconceitos do profissional que dificultam a busca ativa, ou pela fragilidade na facilitação do acesso aos serviços de saúde que não atraem o jovem usuário.

Um estudo realizado com adolescentes revelou alguns motivos pelos quais os jovens deixaram de ser atendidos nos serviços de saúde. Dentre os motivos estão à ausência de profissionais médicos em atividade, indisponibilidade de serviço ou profissional especializado, longo tempo de espera, equipamento sem funcionar, indisponibilidade de vaga ou senha de



atendimento, que resultaram na desistência do atendimento pelo adolescente (CLARO et al., 2006).

Logo, a atuação da equipe de saúde no contexto da APS é essencial na identificação dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas. Através do reconhecimento do território e da população que o compõe é possível o estabelecimento de vínculo com os habitantes do ambiente, facilitando o apoio aos adolescentes que se encontram na condição de usuários de álcool e outras drogas. Desse modo, as equipes de Saúde da Família devem estar aptas para o acolhimento do usuário pautando suas ações no estabelecimento de vínculo e confiança, que são atributos essenciais para a adesão à estratégia (GASPAR; MINOZZO, 2010).

No estabelecimento de vínculo é preponderante a garantia de confidencialidade ao usuário, tendo em vista que o adolescente pode deixar de buscar auxílio dos profissionais de saúde devido à preocupação com a quebra de sigilo, que implicaria na revelação de informações delicadas à família do adolescente.

A garantia do sigilo implica na discricção das informações relatadas pelos pacientes, bem como na postura ética da equipe envolvida nos casos para a discussão do plano terapêutico (GASPAR; MINOZZO, 2010). Essa questão é uma das mais rotineiras no que se refere ao atendimento do adolescente. A equipe deve sempre incentivá-lo a envolver a família em seu acompanhamento, porém fica a critério do jovem situar os familiares sobre o problema que o acomete (TAQUETTE et al., 2005).

Quando se observa na perspectiva da dificuldade de mapeamento e identificação de situações de risco para o uso de álcool e drogas observa-se como principais causas ligadas a esse fenômeno a invisibilidade dos adolescentes frente às políticas de saúde, deficiência na busca ativa pelos profissionais e dificuldade de implantação do programa de saúde na escola.

É notório que os cuidados relacionados a essa clientela precisam de uma atenção específica e distintas daquelas apresentadas pelos adultos e crianças (OMS). Essa clientela compõe uma das parcelas da população que apresentam maior vulnerabilidade social, principalmente quando as vicissitudes da idade somam-se as dificuldades econômicas, desemprego, pobreza e alcoolismo (COSTA, 2012). Diante disso, conhecer e identificar os riscos e o ambiente em

que esse adolescente está inserido é uma forma de prevenir ou presumir danos (CHIMELI et al., 2016).

Nesse contexto, para o mapeamento e reconhecimento desses adolescentes, a busca ativa se configura como uma ferramenta na identificação desses adolescentes em situação de risco, visto que esse público não recorre frequentemente aos serviços de saúde. Ressalta-se que essa busca deve ocorrer sem estereótipos ou preconceitos, com auxílio da equipe, como por exemplo, o agente comunitário de saúde (ACS) (SILVA et al., 2013). Quando essa aproximação com o adolescente é postergada, pode-se reduzir as chances da aceitação do tratamento e de intervenções com resultados satisfatórios (SILVA et al., 2013).

Outro fator preocupante é a dificuldade de implantação do programa saúde na Escola (PSE). Esse ambiente é privilegiado para as ações de promoção em locus, pois deve favorecer a integração entre profissional e usuário, e em seu contexto sociocultural, conseguir trabalhar problemas do cotidiano com articulação entre os diversos setores (GIACOMOZZI et al., 2012). A parceria com a escola favorece o entendimento do álcool e outras drogas como problema social e familiar, não apenas como algo de cunho fisiológico (SOUZA, PINTO, 2012).

No entanto, ainda se identifica lacunas ligadas ao atendimento aos adolescentes no PSE que dificultam a identificação e auxílio a esse público. Ressalta-se a necessidade em treinamentos específicos para atendimento a essa clientela, principalmente ligadas ao uso de drogas, comprometimento com o usuário, saber trabalhar situações adversas e a dificuldade em articular os diferentes serviços no intuito de favorecer a referência e contra-referência (SOUZA, PINTO, 2012). As práticas educativas destinadas a essa clientela não devem ser meramente uma transmissão unidirecional de conhecimento, devem considerar os saberes e a construção de um conhecimento mútuo (SANTOS et al., 2014).

Outro fator que dificulta o mapeamento do adolescente na situação de risco para o uso de álcool e drogas é a sua invisibilidade frente a ações de saúde. Apesar do grande número de políticas nacionais voltadas para os diversos segmentos específicos da população, a atenção integral a saúde do adolescente ainda apresenta-se de forma insipiente considerando as especificidades que demanda o cuidado a essa clientela. Essa realidade é evidenciada pelos importantes registros relacionados à sua saúde e índices de morbimortalidade dessa população (COSTA et al., 2015).

Dessa forma, observa-se a necessidade de articular as redes de apoio social, ações de cunho governamental e políticas públicas capazes de defender os direitos dos adolescentes, com o intuito de reduzir os efeitos nocivos na saúde dos adolescentes (COSTA et al., 2015).

Somando a essa realidade, ressalta-se ainda que o adolescente possui receio em empoderar-se do processo-saúde doença o que poderá dificultar o acolhimento desse usuário no contexto da atenção primária. Observa-se como causa da necessidade de empoderamento a sensação juvenil de onipotência e a limitada procura do adolescente ao serviço de APS. Dessa forma, as práticas em saúde devem buscar a autonomia e emancipação desse sujeito promovendo subsídios para deliberar sobre sua saúde fomentando o pensamento crítico e a autonomia (SANTOS et al., 2014).

A adolescência se configura como uma fase de mudanças nos mais diversos âmbitos sejam eles físicos, psicológicas e/ou sociais (SANTOS et al., 2014). Nesse contexto de incertezas e buscas por respostas, o uso e abuso de drogas, em um primeiro momento, constrói no adolescente uma sensação de maximização do prazer e de poder que proporciona a necessidade de reviver constantemente “onipotência” causada pela droga, como algo que possibilita encontrar alívio da angústia (SANTOS; PRATTA, 2012).

Outro fator que demonstra a necessidade de empoderamento do adolescente frente ao seu processo-saúde doença é a baixa adesão dos adolescentes às ações de saúde e sua limitada procura à APS. Dentre os fatores que levam a essa realidade está à baixa oferta de ações atrativas voltadas para esse segmento, falta de capacitação profissional para o trabalho com a faixa etária, falha na sistematização dos serviços, demanda e a carência de um ambiente adequado para ações em grupo (DUARTE; FERREIRA; SANTOS, 2013; SANTOS et al., 2014; OLIVEIRA; FARIA, 2015).

## CONCLUSÃO

Ao término do estudo pode-se concluir que alguns fatores contribuem para que o acolhimento do paciente adolescente na APS se torne ineficiente. Dentre esses fatores o estudo permitiu elucidar quatro causas consideradas primárias: a ineficácia do modelo de atenção biomédico, abordagem inadequada

ao adolescente, deficiência no mapeamento e a necessidade de empoderamento do adolescente sobre o seu processo saúde-doença.

Além disso, notou-se que o Diagrama de Ishikawa elaborado facilitou a distinção das possíveis causas, primárias e secundárias, para o problema prioritário Acolhimento ineficiente do adolescente usuário de álcool e outras drogas no contexto da APS, permitindo a reflexão acerca das possíveis maneiras de solucionar o problema elucidado.

Dessa forma, apesar das barreiras enfrentadas pela vigência do modelo biomédico, estigma do adolescente, falta de empoderamento deste, ausência da procura deste aos serviços de saúde, entre outros, é preciso levar em consideração as multicausas deste acolhimento ineficiente, tendo em vista que dentro do SUS a APS é responsável por executar ações assistenciais de cunho estratégico no intuito de intervir nas necessidades básicas de saúde e é um importante meio de solucionar os diversos problemas que acometem as populações, dentre elas, os usuários de álcool e outras drogas.

Assim, o profissional da APS é um dos atores responsáveis pela mudança desta realidade. Logo, o estudo permite propor promover uma reflexão crítica sobre os processos de trabalho dos profissionais de saúde tanto nos espaços de atuação destes trabalhadores quanto nos espaços fora das unidades de saúde, de forma que haja a participação dos profissionais, bem como a inserção dos adolescentes usuários de álcool e outras drogas e suas famílias, no intuito de modificar a realidade apresentada em busca da solução do problema prioritário destacado.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS (IHRA). O que é redução de danos? Uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos, Londres, Grã Bretanha [Internet]. 2010.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in Primary Healthcare. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.16, n.40, p.67-81, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000100006)>. Acesso em: 07 jul 2016.
- BECKER, D. **No seio da família**: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: PNPS: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário oficial da união, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- BUSS; P. M.; CARVALHO, A. I. **Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos** (1988-2008). *Ciênc. saúde coletiva*, v.14, n. 6, p.2305-2316, 2009.
- CLARO, L. B. L. et al. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1565-1574, 2006.
- CHIMELI, I. V. et al. A abstração do risco e a concretude dos sujeitos: uma reflexão sobre os comportamentos de risco no contexto da adolescência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 2, p. 399-415, 2016.
- COELHO, H.V; SOARES, C.B. Práticas na Atenção Básica voltadas para o consumo prejudicial de drogas. **Rev Esc Enferm USP**. v.48, n. Esp, p. 111-119, 2014. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt\\_0080-6234-reeusp-48-esp-111.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-111.pdf)>. Acesso em: 28 de novembro de 2016.
- COSTA, A. P. M. Adolescência brasileira e o contexto de vulnerabilidade à violência. **Rev. Bras. Adolescência e Conflitualidade**, v. 6, p. 123-161, 2012.
- COSTA R. F. et al. Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n. 5, p. 741-747, 2015.
- CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Ed. Fiocruz. Cap. 1. 2012.
- DUARTE, S. J. H., FERREIRA, S. F., SANTOS, N. C. Desafios de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família na implantação do Programa Saúde do Adolescente. **Rev. Eletr. Enf.** v. 15, n. 2, p. 479-86, 2013.
- FERREIRA, D. C. D.; SOUZA, S. M. L. Processo de enfermagem como ferramenta de gestão de cuidados. Ed. Especial, 2012.
- GASPAR, F. L.; MINOZZO, F (Coord.). **Diminuir para somar**: ajudar a reduzir danos é aumentar as possibilidades de cuidado aos usuários de drogas. Rio de Janeiro: Viva comunidade, 2010. 52 p.
- GIACOMOZZI, A. I. et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde soc.** v.21, n.3, 2012.
- LEMCO, J. **National health care**: lessons for the United States and Canada. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1994.
- MACEDO, L. C. Proposta de adaptação do diagrama de causas e efeitos como ferramenta de ensino em saúde ambiental para o curso de Enfermagem. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente**, v. 1 n. 1, p. 94-101, 2010.
- MARCHESINI, A.M et al. Hepatites B e C em usuários de drogas injetáveis vivendo com HIV em São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública** [Internet], v. 41, n. 2, p. 57-63, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900010&lng=en&nrm=iso).
- MARQUES, F.; DONEDA, D.A. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos Estados e Municípios. In: Bastos FI, Mesquita F, Marques LF(Orgs.) **Troca de seringas: drogas e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.
- MORETTI-PIRES, R.O; CORRADI-WEBSTER, C.M; FURTADO, E.F. Consumo de álcool e atenção primária no interior da Amazônia: sobre a formação de médicos e enfermeiros para assistência integral. **Revista brasileira de educação médica**. v.35, n.2, p. 219-228, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n2/11.pdf>>. Acesso em: 28 de novembro de 2016.
- MORAES, M. Integral healthcaresmodel for treating problems caused by alcoholando ther drugs: perceptions ofusers, theircompanionsandpractitioners. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008. Available from<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso)>.
- OLIVEIRA, F. M., FARIA, C. C. C. A atuação de enfermeiros e equipes de Saúde da Família na assistência à saúde dos adolescentes. **Revista Perquirere**, v. 12, n. 1, p. 124–136, 2015.
- PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde**: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde*, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.
- SANTOS, J. S. et al. Educação em saúde na adolescência: contribuições da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v.14, n.1, p 20-6, 2014.
- SANTOS, M. A., PRATTA, E. M. M. Adolescência e uso de drogas à luz da psicanálise: sofrimento e êxtase na passagem. **Tempo psicanalítico**, v. 44, p. 167-182, 2012.
- SILVA, R. G. **Controle estatístico de não conformidades na instalação de elevadores de passageiros**. Monografia (Especialização em Engenharia de Produção com enfoque em Pesquisa Operacional) – Curso de Pós-graduação Engenharia de Produção com enfoque em Pesquisa Operacional. Londrina: Universidade Estadual de Londrina – PR, 100 p., 2008.
- SILVA, A. B. A et al. Assistência do enfermeiro da atenção básica ao adolescente com dependência química. **Revista Interdisciplinar**, v. 7, n. 4, p. 61-71, 2014. Disponível em:<[http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/526/pdf\\_159](http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/526/pdf_159)>. Acesso em: 28 de novembro de 2016.
- SILVA, M. H. N. et al. Atenção Básica e o uso de álcool e drogas por adolescentes: prevenção e conduta. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v.4, n. 2, p. 2189-2208, 2013.
- SOUZA, K. M.; MONTEIRO, S. A abordagem de redução de danos em espaços educativos não formais: um estudo qualitativo no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface** (Botucatu). v. 15, n. 38, p.833-844, 2011.
- SOUZA, L. M., PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.** v. 14, n. 2, p. 374-83, 2012.



SEBRAE. **Manual de ferramentas da qualidade**. Atualizado em Agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf>>. Acesso em: 17 de dez. de 2012.

TAQUETTE, S. R. et al. Conflitos éticos no atendimento ao adolescente. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1717-1725, 2005.

VALENÇA, C.N et al. Abordagem da dependência de substâncias psicoativas na adolescência: reflexão ética para a enfermagem. **Esc Anna Nery**. v. 17, n. 3, p. 562-567, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0562.pdf>>. Acesso em: 28 de novembro de 2016.

## CAPÍTULO 2

# ALTA PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM IDOSOS

Cintia Capistrano Teixeira Rocha  
Heloiza Talita Adriano da Silva  
Julliana Fernandes de Sena  
Priscila Fernandes Meireles Câmara  
Renata Clemente dos Santos  
Erika Simone Galvão Pinto  
Nilba Lima de Souza  
Isabelle Katherinne Fernandes Costa

## INTRODUÇÃO

Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apresentam elevados índices de mortalidade, dentre elas as doenças cardiovasculares, as respiratórias crônicas, câncer e diabetes sendo estas as responsáveis pela maior parte da carga de doenças que acometem os indivíduos, que estão diretamente associadas ao processo de globalização vivenciado no Brasil e no mundo (BERNAL et. al, 2016).

Segundo o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), até o mês de julho de 2015, as doenças cardiovasculares haviam sido a principal causa para as DCNT, com representação de 50,3% dos óbitos declarados (BRASIL, 2015). Corroborando com o SIM, a pesquisa nacional por amostra de domicílio realizada em 2008, revela que na medida em que a idade avança, aumentam as doenças crônicas de tal modo que 79,1% dos brasileiros de 65 anos ou mais, relatam ser portadores de um grupo de doze doenças crônicas, que em primeiro lugar encontra-se a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (MENDES, 2012).

Estimativas do Ministério da Saúde, afirmam que a HAS apresenta uma abrangência global e sua prevalência atinge a um bilhão de indivíduos, quando não controlada permanece como importante problema de saúde acarretando aproximadamente 7,1 milhões de mortes ao ano no mundo (BRASIL, 2013; BARRETO; REINERS; MARCON, 2014).

A prevalência compreende o quantitativo de casos clínicos e de portadores que existem em um determinado momento, em um local ou comunidade, associando a ideia estática da ocorrência do fenômeno, podendo ser expressa através de números absolutos ou coeficientes (BRASIL, 2009).

No Brasil, estima-se que 65% dos idosos são portadores de HAS, quando considerada a população feminina este índice é ainda maior e mais preocupante, com prevalência que pode chegar a 80% nas mulheres com mais de 65 anos de idade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2002). Considerando que em 2025 o número de idosos será de aproximadamente 35 milhões no país, o número de indivíduos com HAS também tende a crescer exponencialmente (JÚNIOR et al., 2006). A HAS ainda é considerada o principal fator de risco para diversas outras doenças que acometem o aparelho circulatório, como: doenças como o infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, doença renal crônica, entre outras (MOURA; NOGUEIRA, 2013).

Para o tratamento da HAS, é importante que seja considerado não apenas a adesão no uso dos fármacos de maneira adequada, mas também é fundamental a mudança nos hábitos e estilo de vida, com envolvimento dos serviços de saúde, profissionais, família e do próprio indivíduo. Os serviços de saúde devem estar pautados em ações com embasamento científico e metodológico, com a capacidade de garantir a qualidade no atendimento e cuidado dos indivíduos (PERTENCE; MELEIROS, 2010).

No tocante ao contexto das ferramentas básicas da qualidade (FBQ) no setor saúde, a qualidade envolve todos os atores do processo de cuidado, de modo que seja elevado o padrão da assistência a partir dos constantes aperfeiçoamentos da prática, oportunizando reflexos positivos na saúde dos envolvidos (GALDINO et al., 2016).

Para avaliação da qualidade de serviços e gerenciamento, as FBQ, permitem que o método gerencial utilize de forma eficaz a informação para o alcance de metas, para que seja possível então definir, analisar e propor soluções para os problemas, ajudando diretamente no estabelecimento de melhorias de qualidade (CÊSAR, 2011; GALDINO et al., 2016).

Dentre as FBQ, encontra-se o Diagrama de Causa e Efeito, também conhecido popularmente como Espinha de peixe ou diagrama de Ishikawa, teve

sua primeira aplicação em 1953, pelo Docente Kaoru Ishikawa, com a finalidade de descobrir em sua estrutura similar a um “peixe”, as causas primárias e secundárias de um determinado efeito, de modo a facilitar a execução e visualização do processo com repercussão no aumento da sua eficácia (SEBRAE, 2005).

Visto que o diagrama de Causa e efeito é capaz de subsidiar o planejamento de ações com a identificação de causas de um problema, e diante da necessidade de uma literatura mais aprofundada acerca da alta prevalência de HAS em idosos, que este estudo questiona: Quais as causas que levam ao alto aumento da prevalência das HAS em idosos? Para respondê-la, o objetivo deste estudo é construir um Diagrama de Causa e Efeito que possa identificar os fatores primários e secundários que influenciam no aumento da prevalência da HAS em idosos.

## MÉTODO

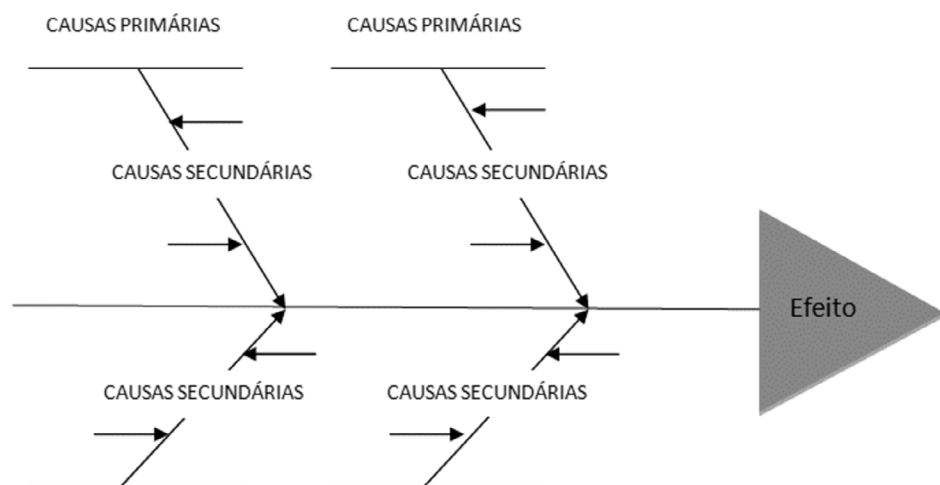
Trata-se de um estudo descritivo a partir da FBQ o Diagrama de Causa e Efeito, elaborado com base no Caderno de Atenção Básica com estratégias para o cuidado da pessoa Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 que propõe estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Nesta proposta de cuidado diversas estratégias no âmbito coletivo e individual são indicadas para a melhoria na qualidade da atenção a Saúde para que seja possível alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos (BRASIL, 2013).

No diagrama de causa e efeito é possível elencar fatores (causas) de um problema considerado, atuando como uma representação guia que oportunize a identificação das causas de um problema, viabilizando as ações que deverão ser adotadas, auxiliando no processo de tomada de decisões (WERKEMA, 1996).

De modo estrutural é identificado inicialmente o efeito ou problema que será abordado, logo é representado à direita do diagrama, remetendo a ideia da “cabeça do peixe” e traçada uma linha horizontal apontando para sua direção, partindo desta linha são traçadas algumas linhas diagonais, para baixo e para cima de encontro a linha horizontal inicial, na base das linhas diagonais segue as causas primárias, que são os itens aos quais os problemas estão relacionados de forma abrangente, entre as linhas diagonais seguem as causas secundárias (Figura 1). Não existe um número definido de fatores, nem quais os que devem ser usados.

Tudo no diagrama é passível de modificação, considerando-se a necessidade observada, gerando ao final os principais problemas que devem ser solucionados.

**Figura 1** – Modelo Diagrama de Causa e Efeito, estrutura adaptada a partir do referencial teórico de Ishikawa

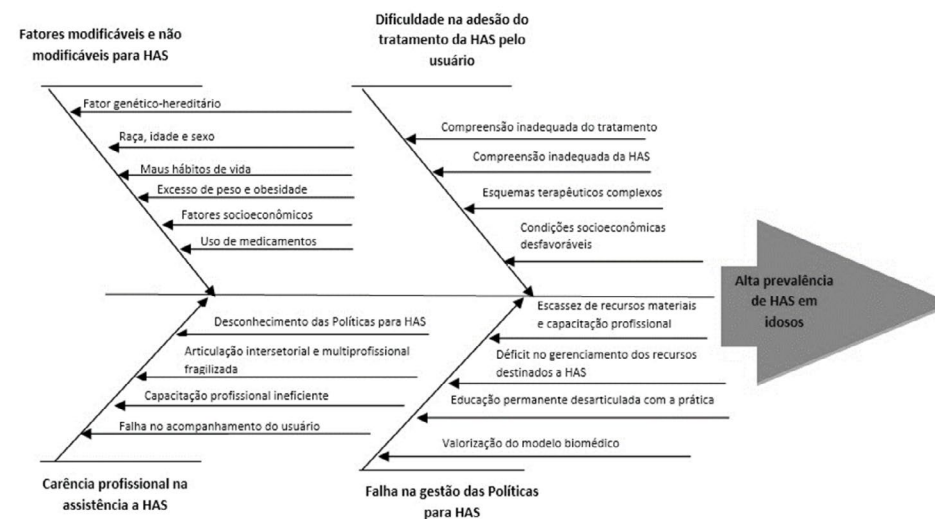


Para tanto, a partir do Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 proposto pelo Ministério da Saúde em 2013, elaborou-se um diagrama de causa e efeito a fim de representar de modo estrutural as informações disponíveis (Ishikawa 1993) no manual com finalidade de evidenciar as principais causas primárias e secundárias que levam ao efeito do aumento na prevalência de HAS em idosos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O levantamento das causas e o efeito para o aumento da prevalência da HAS em idosos no Brasil foi fundamentado no Caderno de Atenção Básica para Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 proposto pelo Ministério da Saúde no ano de 2013, apresentado na figura 2 a seguir:

**Figura 2** – Modelo Diagrama de Causa e Efeito da alta prevalência de HAS em idosos, estrutura adaptada a partir do referencial teórico de Ishikawa



## CAUSA PRIMÁRIA: FATORES MODIFICÁVEIS E NÃO-MODIFICÁVEIS PARA HAS

Os fatores de riscos para HAS podem ser classificados como modificáveis ou não-modificáveis. Quanto aos não-modificáveis destacam-se: história familiar de doença coronariana, idade, raça e sexo. Enquanto que os modificáveis incluem: associação de doenças crônico-degenerativas, maus hábitos de vida como o tabagismo, etilismo, sedentarismo e má alimentação, como também excesso de peso, obesidade, fatores socioeconômicos e uso de medicamentos como o contraceptivo (RODRIGUES; SILVA; CABRAL, 2016).

A hereditariedade desempenha papel fundamental no processo de desenvolvimento da hipertensão (NOBRE et al., 2013) e com relação à raça, observa-se maior prevalência na população negra (MENDES, 2014).

No fator idade, há relação intrínseca do envelhecimento com a prevalência de HAS com valor acima de 50% na população idosa brasileira (MENDES, 2014). A presença de vários fatores de riscos para HAS na população de idosos, bem como as diversas comorbidades contribuem para ampliar a prevalência desta doença, porém o envelhecimento vascular é o

principal aspecto relacionado ao aumento da pressão arterial (MALACHIAS et al., 2016).

A prevalência de HAS é estatisticamente diferente entre o sexo masculino e feminino, sendo maior nesse último grupo (MALACHIAS et al., 2016). Isso pode ser justificado pela maior procura das mulheres aos serviços de saúde o que contribui para maior possibilidade de serem diagnosticadas, como também pela população feminina possuir maior sobrevida e assim maior risco para o desenvolvimento de DCNT. A HAS também está relacionada ao processo de menopausa, em que há elevação do tônus vascular periférico devido queda na produção dos hormônios esteroides (MENDES, 2014).

Outro fator que contribui para a HAS é o tabagismo. A ação da nicotina eleva a pressão arterial ocasionando maior deposição de colesterol nos vasos sanguíneos (LOPES et al, 2012). Com relação ao consumo elevado e frequente de bebidas alcoólicas nas mulheres, há risco de desenvolvimento de HAS quando há consumo de 30 a 40g de álcool/dia e nos homens a partir de 31g de álcool/dia (MALACHIAS et al., 2016).

Há associação significativa entre o sedentarismo e o aumento da pressão arterial. A prática de atividade física é fator protetor para HAS em mulheres idosas (NUNES et al, 2015) e observa-se alta taxa de idosos insuficientemente ativos (MALACHIAS et al., 2016). O excesso de peso e a obesidade possuem clara aproximação com a HAS e acredita-se que esteja relacionada à resistência insulínica, estimulação simpática e retenção de líquido (NOBRE et al, 2013).

O consumo de sal é fator que predispõe a HAS em indivíduos geneticamente predispostos, o excesso de sal na alimentação e a incapacidade dos rins em excretar o excesso induzem ao desenvolvimento desta patologia. A sensibilidade ao sal pode variar entre indivíduos, em que os mais sensíveis apresentam maior variação da pressão com o consumo de sal. Observa-se que os negros e os idosos são mais sensíveis entre os hipertensos (NOBRE et al., 2013).

A escolaridade também é fator de risco modificável para HAS, adultos com nível de escolaridade analfabeto ou fundamental incompleto apresentam maior prevalência. A proporção diminui na população com fundamental completo, mas observa-se pequena elevação nos adultos com nível superior (MALACHIAS et al., 2016).

A HAS é duas a três vezes mais comum em usuárias de anticoncepcionais orais, principalmente entre as mulheres idosas e obesas e em mulheres com mais de 35 anos e tabagistas, o anticoncepcional oral está contraindicado (RODRIGUES; SILVA; CABRAL, 2016).

## CAUSA PRIMÁRIA: DIFICULDADE NA ADEÇÃO DO TRATAMENTO DA HAS PELO USUÁRIO

O aumento da prevalência da HAS em idosos pode estar ainda relacionado à dificuldade na adesão ao tratamento da DCNT em discussão. Adesão pode ser entendida como a aceitação de terapia proposta pela equipe de saúde e a aplicação desta pelo usuário portador da HAS (GIROTTTO, et al., 2013). Vale destacar que a adesão de uma terapia proposta a um paciente é diretamente associada a sua autonomia, ou seja, para que esta proposta seja efetivada depende da decisão desse paciente em aceitá-la ou não (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

Um estudo transversal realizado em Santa Catarina com idosos hipertensos atendidos em algumas unidades de Saúde da Família avaliou a influência do conhecimento destes na adesão ao tratamento, e trouxe como resultados que apenas 42,3% de sua amostra total (260 idosos), eram aderentes ao tratamento para HAS e 48,5% apresentaram a HAS controlada (PUCEI, et al (2012).

As condições socioeconômicas desfavoráveis são elencadas como dificuldades enfrentadas pelo usuário para aderir ao tratamento da HAS. De forma geral estudos apontam que o fenômeno da adesão ao tratamento é diretamente proporcional a melhores condições socioeconômicas (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015; GUEDES, et al., 2011; MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010).

O custo do tratamento pode limitar ou facilitar o acesso do usuário na sua adesão, estando esta dependente de suas condições econômicas (SILVA, et al 2016; PUCCI, et al 2012), bem como a possibilidade de seguir esquemas dietéticos financeiramente acessíveis. O estudo de Girotto, et al (2013), elencou que quanto maior o nível de escolaridade, maior a possibilidade de adesão ao tratamento não-farmacológico (com ênfase na prática de atividade física), em contrapartida foi encontrado que a alta adesão a alimentos com pouco sódio no

grupo de indivíduos com menor escolaridade, tal realidade pode estar relacionada a carência na compreensão adequada de que uma dieta balanceada não limita-se apenas na retirada do sal.

Como supracitado, o tratamento não farmacológico para tratamento e controle da HAS, inclui a prática de atividade física e a dietoterapia. O realizado por Giroto et al (2013), evidenciou ainda uma baixa adesão (17,7%) de hipertensos de sua amostra a prática da atividade física, enquanto que 69,1% elencaram mudança dos hábitos alimentares em decorrência da HAS, entretanto essa mudança esteve relacionada apenas ao não consumo de alimentos ricos em sódio, o que nos aponta para uma inadequada compreensão do tratamento, limitando a diminuição dos níveis pressóricos apenas com a redução do consumo do sal.

A inadequada compreensão da patologia foi elencada como uma das causas que levam a não adesão ao tratamento, que concorda com os estudos em que apontam a compreensão reduzida da patologia, do tratamento e a sua percepção diminui significativamente na adesão do seu tratamento (MARQUES; PETUCO; GONÇALVES, 2010; FIGUEIREDO; ASAKURA, 2010). Em contrapartida a pesquisa de Pucci et al (2012), aponta que os idosos apresentaram satisfatória compreensão sobre a assintomatologia e o tratamento farmacológico para a doença, e ainda assim houve baixa adesão ao tratamento proposto para HAS.

A HAS é uma patologia crônica e assintomática, a sua adesão ao tratamento pode apresentar-se fragilizada se o paciente não compreender o que significa esse estado de cronicidade, bem como a ausência de sintomas que ela apresenta, refletindo também em uma inadequada compreensão da patologia (GIROTO, et al., 2013; DOURADO, et al, 2011).

Existe melhor adesão ao tratamento em idosos com esquemas terapêuticos medicamentosos mais simplificados, preferencialmente em dosagens únicas (PUCCI, et al. 2013; MENDONÇA; LIMA, OLIVEIRA, 2012; RIBEIRO. FARIAS; LUCENA, 2012). O esquecimento do uso da medicação também se enquadra na presente causa considerando, esta ser uma das razões para que o paciente não lembre-se do uso da terapia medicamentosa (SILVA, et al., 2016; GIROTO, et al., 2013; DOURADO, et al, 2011).

Diante do discutido até então, evidencia-se a importância de compreender as razões pelas quais os usuários portadores de HAS não aderem ao tratamento,

para que então se busque soluções para o problema em questão, bem como a diminuição dos indicadores de prevalência da HAS em idosos.

## CAUSA PRIMÁRIA: CARÊNCIA PROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA À HAS

O conhecimento das políticas existentes sobre a HAS, muitas vezes, é desconhecido pelos profissionais de saúde, o que pode interferir no alcance da adesão ao tratamento e motivação para o autocuidado em cada consulta ou atendimento assistencial (BRASIL, 2013).

A articulação intersetorial e multiprofissional fragilizada deveria privilegiar a relação dialógica e não apenas prescritiva para valorizar e considerar as pessoas com HAS como dotadas de singularidades e potencialidades, necessitando investigar o seu contexto histórico, social e cultural para proporcionar cuidados à saúde integrados e que atendam as necessidades dos indivíduos.

Os estudos apontam que as estratégias voltadas para educação em saúde quando conjugadas, e a valorização da relação do profissional de saúde e usuário são ações decisivas para aumentar a adesão ao tratamento pelo indivíduo com HAS (FAVA, et al, 2014). É importante ressaltar que a deficiência na adesão ao tratamento é uma das dificuldades encontradas pelos profissionais pela ausência de instrumentos propícios que regularizem a assistência terapêutica em todos os níveis.

Quanto à capacitação profissional ineficiente a prevalência desse desfecho no Brasil é significativamente superior em comparação a outros países, principalmente em municípios com vasta cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), mostrando que esforços governamentais e dos profissionais de saúde são cruciais na obtenção de metas coerentes de tratamento e de controle (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL, 2010).

No tocante a carência no acompanhamento do usuário, faz-se necessário que os profissionais de saúde possam atuar com êxito, propondo e implementando ações que atendam às reais necessidades dessa população, identificando os usuários que não aderem ao tratamento, suas características e os motivos pelos quais isso ocorre (BARRETO, REINERS, MARCON, 2014). Dessa forma, uma das principais funções do enfermeiro ao assistir o paciente com HAS e sua família na atenção básica é buscar prevenir os agravos e promover a saúde.



Esses profissionais, em sua maioria, reconhecem que seria necessária uma melhoria na atenção, porém justificam a não realização das atividades preconizadas principalmente pelo excesso da demanda reconhecendo que alguns indivíduos, em função da gravidade da doença e/ou das condições da família, necessitam de mais do que uma visita mensal, mas isto é inviável decorrente de outros programas e atividades que eles desenvolvem, além da falta de material de consumo e equipamentos, a inadequação da estrutura física para o atendimento e a falta de tempo em participar das atividades que deveriam ser ofertadas são fatores que mais afetavam a continuidade desse trabalho (WAIDMAN, et al., 2012).

Assim, durante as consultas de enfermagem e reuniões com a clientela dos grupos de Hipertensão, os profissionais precisam reforçar as ações de educação para a saúde, incentivando o autocuidado apoiado, de modo que indivíduos, famílias e grupos possam desenvolver competências que lhes permitam atuar de maneira consciente em relação aos fatores de risco modificáveis, dentre eles a adesão ao tratamento medicamentoso (REINERS; NOGUEIRA, 2009).

### CAUSA PRIMÁRIA: FALHA NA GESTÃO DAS POLÍTICAS PARA HAS

As políticas de saúde voltadas para a HAS, desde o início, estão atreladas as políticas desenvolvidas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não-transmissíveis (DCNT), que são consideradas um grave problema de saúde pública no Brasil. Pode-se citar a implantação da ESF em 1994, o Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus em 2001 e o Pacto em defesa da vida em 2005 como estratégias que proporcionaram a ampliação do acesso dos indivíduos ao serviço, entretanto ainda com poucas ações voltadas para a promoção e prevenção da saúde (DUNCAN et. al., 2012; BRASIL, 2013).

Vale destacar ainda, que com a mudança na pirâmide etária, gerada pelo crescente envelhecimento populacional, as DCNT passam a serem as principais causas de morbidade no país, tendo como destaque a HAS com altos indicadores de prevalência (DUNCAN et al., 2012). Entretanto, desafios ainda precisam ser superados e as políticas de saúde devem adequar-se a cada momento que vivemos.

Os indicadores de saúde são dinâmicos, e a cada dia surgem ou modificam-se. Assim, o estilo de vida é o foco para atuação de políticas de saúde, voltadas

para as DCNT, com ênfase na HAS. Dentro desse estilo de vida pode-se elencar o sedentarismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e a obesidade como desafios a serem vencidos no controle da HAS (DUNCAN et. al., 2012).

Além dos fatores de risco supracitados, esforços são necessários para a ampliação da capacidade técnica em todos os níveis do SUS, como: desenvolver ações legislativas voltadas para o consumo de bebidas alcoólicas e alimentos; incorporar tecnologias em saúde, expandir e gerenciar ações voltadas para a vigilância de doenças e fatores de risco; organizar, qualificar e ampliar o atendimento no SUS (DUNCAN et. al., 2012; BRASIL, 2013)

Ainda vivemos em uma realidade que o modelo biomédico hegemônico predomina e com isso as ações destinadas para sintomas, tratamento e cura estão em destaque no SUS. Além dessa dificuldade para implantação de programas públicos de prevenção de controle da HAS, encontra-se a grande extensão territorial do país, desigualdade social, não equidade na distribuição e alocação de recursos financeiros e materiais, e recursos humanos qualificados (SILVA; BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2016).

Em um estudo realizado no âmbito da APS em um município da região Sul do país, foi relatado uma realidade vivenciada na assistência a pessoa com HAS que pode ser encontrada em muitos outros municípios do Brasil: estrutura física dos locais de atendimento ainda voltadas para o modelo de consultas individuais, sem priorizar a promoção da saúde; atendimentos em grupo e trabalhos comunitários; recursos materiais e de equipamentos insuficientes (SILVA; BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2016).

Com relação aos materiais educativos, ausência de folhas e vídeos explicativos, falta essa provavelmente decorrente da falha no processo organizacional e de planejamento das equipes, ausência de capacitação dos profissionais de saúde diante do manejo adequado do paciente com HAS. Por último, observou-se que as equipes de saúde apresentavam-se com postura iniciantes no desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao portador de HAS (SILVA; BARRETO; ARRUDA; MARCON, 2016).

Nesse contexto, entende-se que o serviço de APS é primordial para o enfrentamento da HAS e como estratégia de política de saúde, infelizmente, ainda apresenta lacunas para o diagnóstico precoce, tratamento e controle dos



níveis pressóricos dos usuários. As dificuldades são inúmeras e evidenciadas, principalmente, nos processos de trabalho, tecnologias voltadas para a assistência à saúde, na gestão e processos educacionais (BRASIL, 2013).

A iniciativa de desenvolver um processo de educação permanente com os profissionais da APS permite a mudança nos processos de trabalho voltados para cada realidade local, objetivando o controle dos níveis pressóricos e redução da morbimortalidade prevenindo agravos relacionados à HAS, além da promoção e prevenção na ocorrência da incidência dessa patologia (BRASIL, 2013).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, com o intuito de fortalecer e qualificar a assistência à pessoa com HAS, desenvolveu e organizou a Linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica que oportuniza o usuário a um cuidado integral e longitudinal. Essa estratégia encontra-se em fase de implantação no SUS (BRASIL, 2013).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo do diagrama de causa e efeito a partir do referencial teórico de Ishikawa foi ferramenta de apoio para nortear as ações de identificação de fatores que contribuem para a alta prevalência de HAS na população idosa. Contribuiu também na identificação das causas, bem como na compreensão da relação de cada causa primária e secundária com o efeito.

A alta prevalência de HAS nos idosos é multicausal e decorrente de interações entre essas. Há fatores de riscos que apresentam estreita relação com esse aumento, alguns desses não-modificáveis - genética, gênero, idade e raça, e outros modificáveis - tabagismo, etilismo, sedentarismo, má alimentação, excesso de peso, obesidade, fatores socioeconômicos e uso de contraceptivo.

A dificuldade de adesão ao tratamento pelos usuários faz com que aumente a prevalência de HAS na população idosa, essa adesão está muitas vezes relacionada à compreensão inadequada do tratamento e da HAS, esquemas terapêuticos complexos e condições socioeconômicas desfavoráveis.

Evidencia-se que os profissionais da assistência à saúde possuem importante papel nesse contexto, mas muitas vezes, não exercem suas práticas embasadas nas políticas públicas com competência e habilidade técnica adequada.

A fragilidade na articulação intersetorial e a falha no acompanhamento do usuário também contribuem para o aumento da HAS na população em geral, bem como nos idosos.

Relacionado à gestão das políticas públicas, pode-se perceber que a escassez no quantitativo de recursos materiais e humanos, bem como o seu gerenciamento e a desarticulação do processo de educação permanente são uma das principais causas do aumento da prevalência de HAS nos idosos.

Destaca-se a importância de compreender as razões pelas quais há elevada prevalência de HAS nos idosos para que possam ser solucionadas as causas do problema, e assim ocorra diminuição dos indicadores dessa prevalência. Portanto, a alta prevalência de HAS em idosos reforça a necessidade de implementar políticas públicas com ações de prevenção e controle da doença, bem como de promoção à saúde da população idosa.

O Diagrama de Causa e Efeito é uma ferramenta inovadora que pode ser utilizada como facilitadora do processo de trabalho dos profissionais para compreensão das causas de HAS na população de idosos. Após esse entendimento, o diagrama de soluções pode ser estabelecido para intervenção nas reais causas. É necessário que a gestão subsidie treinamentos e protocolos para que os profissionais assistenciais alcancem essa modificação na sua prática.

## REFERÊNCIAS

- BARRETO, MS; REINERS, AAO; MARCON, SS. Conhecimento sobre hipertensão arterial e fatores associados à não adesão à farmacoterapia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.22, n.3, p.484-90. maio-jun. 2014. DOI: 10.1590/0104-1169.3447.2442
- BERNAL, RTI et al . Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 455-466, Sept. 2016 . Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222016000300455&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000300455&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 Dez. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de atenção básica n.37. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**. Brasília: Ministério da Saúde; Jul. 2015. [on-line] [citado em 03 Dez 2016]. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dashboard2/mortalidade/dcmt/>

- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 816 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- CÉSAR, FIG. **Ferramentas Básicas da Qualidade:** Instrumentos para gerenciamento de processo e melhoria contínua. 1º Edição. Editora: Biblioteca 24 horas. 2011. 132 p. ISBN: 978-85-7893-889-5
- DOURADO, C.S.; et al. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Sci.** v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.
- DUNCAN, B. B.; et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública.** v. 46, nº Supl, p. 126-34, 2012.
- FAVA, S. M. C. L.; et al. Fatores relacionados à adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica. **Revista Rene.** v. 15, n. 2, p. 354-61, 2014.
- FIGUEIREDO, N.N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. **Acta Pau Enferm.** v. 23, n. 6, p. 782-7, 2010.
- FREITAS, J.G.A.; NIELSON, S.E.O.; PORTO, C.C. Adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Soc. Clin. Med.** v. 13, n. 1, p. 75-84, 2015.
- GALDINO, SV et al. Ferramentas de qualidade na gestão dos serviços de saúde: revisão integrativa de literatura. **Gestão e Saúde**, Brasília, DF. Brasil, p.1023-1057, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/1503>>. Acesso em: 03 Dez. 2016. doi:10.18673/gestao e saude.v1i1.1503.
- GIROTTI, E.; ANDRADE, A.M.; CABRERA, M.A.S.; MATSUO, T. Adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico e fatores associados na atenção primária da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva.** v. 18, n.6, p. 1763-72, 2013.
- GUEDES M.V., et al. Barreiras ao tratamento da hipertensão arterial. **Rev Bras Enferm.** v. 65, n. 6, p. 1038-42, 2011.
- ISHIKAWA, K. **Controle de qualidade total:** à maneira japonesa. Rio de Janeiro: Campos, 1993.
- LOPES, Nair Priscila et al. Perfil de fatores determinantes da HAS de uma população específica em uma região delimitada de Curitiba-PR. **Revista do curso de enfermagem.** v. 1, n. 1. 2012.
- LYRA JÚNIOR, DP et al. Farmacoterapia no idoso: revisão sobre a abordagem multiprofissional no controle da hipertensão arterial sistêmica. **Rev Latino-am Enfermagem.** v.14, n.3, p.435-41. maio-junho, 2006.
- MALACHIAS, M. V. B. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia.** v. 107, n. 3. 2016
- MARQUES, E.I; PETUCO, V.M.; GONÇALVES C.B. Motivos da não adesão ao tratamento médico prescrito entre os idosos de uma unidade de saúde da família do município de Passo Fundo – RS. **Rev Bras Cienc Envelhecimento Hum.** V. 7, n. 2, p. 267-79, 2010.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MENDES, Gisele Soares; MORAES, Clayton Franco; GOMES, Lucy. Prevalência de hipertensão arterial sistêmica em idosos no Brasil entre 2006 e 2010. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** v. 9, n. 32, p. 273-278, 2014.
- MENDONÇA, L.B.; LIMA, F.E.; OLIVEIRA, S.K. Acidente vascular encefálico como complicação da hipertensão arterial: quais são os fatores intervenientes? **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 16, n. 2, p. 340-6, 2012.
- MOURA, AA; NOGUEIRA, MS. Enfermagem e educação em saúde de hipertensos: revisão da literatura. **J Manag Prim Health Care.** v.4, n.1, p.36-41. 2013.
- NOBRE, F, COELHO, E. B., LOPES, P. C., GELEILETE, T. J. M. Hipertensão arterial sistêmica primária. **Medicina (Ribeirão Preto).** v. 46, n. 3, p. 256-72. 2013.
- PERTENCE, PP; MELLEIRO, MM . Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário. **Rev Esc Enferm USP.** v.44, n.4, p.1024-31. 2010.
- PUCCI, N., et al. Conhecimento sobre hipertensão arterial sistêmica e adesão ao tratamento anti-hipertensivo em idosos. **Rev. Bras. Cardiol.** v.25, n. 4, p. 322-9, 2012.
- REINERS, A. A. O.; NOGUEIRA, M. S. Raising hypertensive patients' consciousness about treatment compliance. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 17, n. 1, p. 59-65, 2009
- RIBEIRO, K.S.; FARIAS, D.A.; LUCENA, E.M. Avaliação da adesão e vínculo aos serviços de saúde de hipertensos acometidos por acidente vascular cerebral em Municípios da Paraíba. **Rev Bras Cienc Saúde.** v. 6, n. 2, p. 25-34, 2011..
- RODRIGUES, C.; SILVA, J. P.; CABRAL, C. V. S. PERFIL DOS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR EM PACIENTES HIPERTENSOS. **Revista Cereus,** v. 7, n. 2, p. 104, 2015.
- SEBRAE. **Manual de ferramentas da qualidade.** 2005. Disponível em: <<http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf>> . Acesso em 03 dez. 2016.
- SILVA, A.P.; AVELINO, F.V.S.D.; SOUSA, C.L.A.; VALLE, A.R.M.C.; FIGUEIREDO, M.L.F. Fatores associados à não adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica: uma revisão integrativa. **J.res.: fundam. care. Online.** v. 8, n. 1, p. 4047-55, 2016.
- SILVA, R.L.D.T.; BARRETO, M. da S.; ARRUDA, G. O. de; MARCON S. S. Avaliação da implantação do programa de assistência às pessoas com hipertensão arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 69, nº 1, 2016
- Sociedade Brasileira de Hipertensão Arterial, Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial.** São Paulo (SP): SBH/SBC/SBN; 2002.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.** Arq Bras Cardiol; v. 95, p. 1-51, 2010.
- WIDMAN M. A. P.; et al. Assistência à pessoa com hipertensão arterial na ótica do profissional de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 65, n 3, p. 445-53, 2012.
- WERKEMA, M.C.C. **Ferramentas estatísticas básicas para o gerenciamento de processos.** Belo Horizonte: Eletrônica. 1996. 384p.

## AUMENTO NA INCIDÊNCIA DE ARBOVIROSES NO BRASIL

Cristiane da Câmara Marques  
Eliabe Rodrigues de Medeiros  
Fernando Hiago da Silva Duarte  
Jéssika Wanessa Soares Costa  
Erika Simone Galvão Pinto  
Nilba Lima de Souza  
Alexsandra Rodrigues Feijão  
Richardson Augusto Rosendo da Silva  
Milva Maria Figueiredo de Martino

### INTRODUÇÃO

Com o emergente surgimento dos arboviros (*Arthropod-borne vírus*) mundialmente, muitos desafios são apresentados à saúde pública, principalmente ao órgão da vigilância em saúde ambiental. Tendo o desenvolvimento do seu ciclo replicativo e transmissão através da picada dos artrópodes hematófagos, estes desencadeiam doenças em humanos e outros animais de sangue quente, dentre eles os da família: *Bunyaviridae*, *Togaviridae*, *Flaviviridae*, *Reoviridae* e *Rhabdovirida* (RUST, 2012).

Calcula-se aproximadamente a existência de 545 espécies de arbovírus, dentre as quais, mais de 150 estão relacionadas com doenças em seres humanos, aumentando os riscos de infecção pela população, quando relacionadas às condições ambientais favoráveis para a proliferação do vetor (CLETON, 2012).

O Ártico é um dos únicos continentes isentos de endemias ocasionadas por estes vírus. A reduzida população habitante, sua distribuição no mapa terrestre e clima extremamente seletivo proporcionam tal acontecimento (RUST, 2012).

Contraponto o Ártico, o Brasil apresenta condições favoráveis para a propagação das arboviroses, situado em uma área predominantemente tropical, com extensas diversificadas: florestas, cerrado, pântano e regiões

secas por todo território, o caracteriza como um país de clima tropical, sendo um local adequado para a desenvolvimento do vetor artrópode (MANIERO et al., 2016).

Com o crescimento descontrolado dos grandes centros urbanos, juntamente com o baixo índice de conscientização e incentivo dos serviços públicos na educação da população, há o favorecendo a reprodução e disseminação dos vetores, como o *Aedes aegypti*, gerando como consequência alarmante a superlotação nos serviços de saúde, bem como impactos econômicos relacionados à incapacitação dos trabalhadores (LIMA-CAMARA, 2016).

No Brasil as intervenções prioritárias desenvolvidas pela vigilância ambiental estão relacionadas aos fatores biológicos envolvidos na propagação e desenvolvimento dos vírus, assim como, os não-biológicos, como a água, o ar, o solo e os desastres ambientais, na tentativa de reduzir a incidência das arboviroses. Articulando-se sempre de forma integrada com os instrumentos das demais vigilâncias (OLIVEIRA; CRUZ, 2015).

Neste cenário, a definição das causas e efeito relacionados a estes arbovírus faz-se necessária, no intuito de concentrar o conteúdo do problema, possibilitando a elaboração de estratégias eficientes, como a educação da população, voltadas para o controle destas doenças infecciosas. Assim, o presente estudo tem como objetivo construir um diagrama de causas e efeito sobre o aumento na incidência de arboviroses no Brasil.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo que visa à identificação e análise das características ou fatores que se relacionam com o fenômeno (PEROVANO, 2014). Dessa forma, utilizou-se as evidências encontradas na literatura acerca de arboviroses, tendo como finalidade a construção do diagrama de Ishikawa sobre o aumento da incidência de arboviroses no Brasil.

O diagrama de Ishikawa foi elaborado por Kaoru Ishikawa, que foi pioneiro em técnicas de gestão da qualidade no Japão na década de 1960. O diagrama é considerado uma das sete ferramentas básicas de controle

de qualidade. É também conhecido como diagrama de causas e efeito ou espinha de peixe devido à sua forma (WONG, 2011). O diagrama de Ishikawa exibe uma representação visual de possíveis causas que contribuem para um resultado geral, sendo capaz de atuar como um direcionador para que medidas corretivas e preventivas sejam adotadas para solucionar o problema (COSTA, 2013; TRAN; BERO, 2015).

A “cabeça de peixe”, localizada no eixo principal, representa o principal problema. As causas do problema, normalmente resultante de sessões de *brainstorming* (tempestade de ideias) e/ou de investigação na literatura, são indicados nas “espinhas de peixe” ou ramificação do diagrama (WONG, 2011).

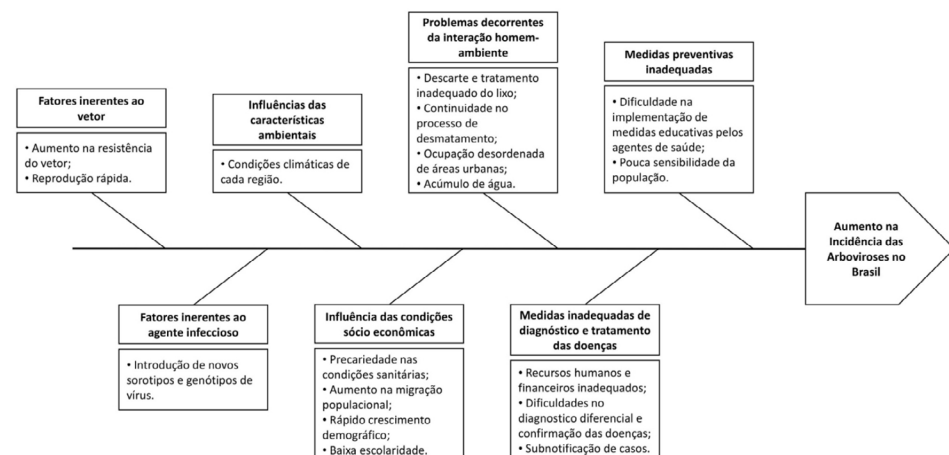
Para construção desse diagrama de causas e efeito, primeiramente, definiu-se o problema a ser analisado. Ainda nesta etapa, é importante ser realizado um “*brainstorming*”, com intuito principal de evidenciar um maior número de ideias possíveis para concretização do problema a ser analisado, bem como o estabelecimento das causas principais, secundárias, sempre obedecendo à hierarquia das causas (BEHR; MORO; ESTABEL, 2008).

Os resultados são apresentados em forma de diagrama de causa e efeito e posterior descrição, possibilitando ao leitor a clarificação do objetivo do estudo.

## RESULTADO

A construção do diagrama de causas e efeito sobre o aumento da incidência de arboviroses no Brasil permitiu encontrar sete causas principais, apresentadas em negrito, além das causas secundárias, listadas abaixo das primárias, conforme exposto na Figura 1.

**Figura 1** – Diagrama de causas e efeito sobre o aumento na incidência de arboviroses no Brasil.



Nessa perspectiva, compreende-se que, relacionado a esse aumento está à execução de medidas de prevenção das arboviroses de forma inadequada, estando relacionado a isso as dificuldades de implementação de estratégias por parte dos agentes de saúde que previnam suas ocorrências ou ainda tem-se as dificuldades enfrentadas pela população quanto a pouca sensibilização sobre as arboviroses.

Também são apontadas medidas inadequadas de diagnóstico e tratamento dessas doenças, as quais são influenciadas pelo quantitativo insuficiente de recursos humanos financeiros, pela persistente dificuldade quanto ao diagnóstico diferencial das arboviroses, além da ocorrência de subnotificação de casos nos serviços de saúde.

Problemas decorrentes da interação homem-ambiente constitui outra causa primária apresentada no presente diagrama. Isso é caracterizado pelo descarte e tratamento inadequado do lixo, desmatamento de florestas, ocupação desordenada das áreas urbanas e ainda problemas como acúmulo de água.

Apresenta-se também como causa primária que contribui para o aumento da incidência de arboviroses a influência das condições socioeconômicas da população, a exemplo da precariedade na situação sanitária, a intensificação na migração de pessoas para as áreas urbanas, o rápido crescimento demográfico e o baixo grau de escolaridade.

Ainda relacionado a esse aumento, tem-se as características ambientais das áreas de ocorrência, onde se encontram condições climáticas que favorecem a reprodução dessas arboviroses. Isso é comum em regiões de clima tropical e que apresentam alterações nos índices pluviométricos.

Outra causa apontada diz respeito aos fatores inerentes ao agente infeccioso dessas arboviroses, onde por muitas vezes pode-se ter a introdução de novos sorotipos e genótipos dos vírus.

Além disso, características referentes ao vetor também podem ser apontadas como causa desse aumento de arboviroses, a exemplo de desenvolvimento de resistência por parte dos vetores e a reprodução rápida e em curto período de tempo.

## DISCUSSÃO

Neste contexto um dos fatores primários associados ao aumento dessas infecções são as medidas preventivas inadequadas, estudos apontam a necessidade da educação em saúde no processo de enfrentamento e prevenção das arboviroses, porém há a necessidade de maiores investimentos nas áreas da saúde e da educação, com intuito de minimizar o distanciamento que existe sobre a problemática e com isto sensibilizando a população para o processo de condução de medidas preventivas (BURATTINI et al., 2008).

Quanto às medidas de controle são importantes correlacionar o ambiente e o modo de vida sob a perspectiva do contexto geográfico específico, observando as alterações e variações climáticas, a desorganização urbana e as lacunas existentes na política de controle das arboviroses (MAMANI, 2014). Vale salientar que outros fatores primários como os problemas decorrentes da interação homem-ambiente estão relacionados com o crescente aumento das arboviroses.

A participação individual e da comunidade na prevenção e no controle de vetores está relacionada com a mudança de comportamentos inadequados que interferem nas práticas de mobilização social, educação, práticas de comunicação e interação com a comunidade compartilhando estratégias de prevenções (REBELO, 2016).

O engajamento e a participação da população no controle das infestações são de grande importância, pois a maioria dos criadouros encontram-se no



interior dos domicílios e com isso faz-se necessário estabelecer estratégias educacionais eficazes para eliminar os criadouros (CHIARAVALLI-NEO et al., 2003). As estratégias são fortalecidas com a participação ativa dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate a Endemias (ACE) que estabelecem estratégias multifatoriais e complementares com a participação da população estabelecendo ações no controle mecânico e químico dos vetores detectando, destruindo e destinando de forma adequada os reservatórios naturais e artificiais que possam servir de criadouros.

Um dos aspectos secundários associados ao aumento das arboviroses consiste na dificuldade de implementar medidas educativas pelos agentes de saúde e como solução para tal dificuldade sugerem-se mecanismos de controle que visam romper a cadeia de transmissão, a exemplo do controle mecânico, biológico e químico (ZARA et al 2016). O controle mecânico consiste em estratégias que visam eliminar o vetor e os criadouros, com a destruição ou destinação adequada de criadouros e instalação de telas em portas e janelas; quanto às ações de controle biológico baseia-se no uso de predadores ou patógenos com potencial ação de redução da população do vetor, sejam estes peixes ou invertebrados aquáticos ou bactérias, fungos ou parasitas que liberam toxinas e aniquilam os vetores; a terceira estratégia é o controle químico com o uso de produtos químicos sendo estes neurotóxicos, análogos de hormônios juvenil e inibidores de síntese de quitina.

Outro ponto importante relacionado com o aumento das infestações são as medidas inadequadas de diagnóstico e tratamento destas doenças e associado a este fato está à inadequada distribuição de recursos humanos e financeiros, pois dependendo das técnicas e das tecnologias utilizadas o envolvimento de diversos setores demandam uma maior participação de recursos humanos e necessitam de ações recorrentes afim de garantir as ações estabelecidas e estas estratégias demandam recursos financeiros para a sustentação e avaliação contínua das intervenções estabelecidas.

As medidas associadas ao diagnóstico estão relacionadas com repasse financeiro uma vez que os testes sorológicos identificam a presença de anticorpos contra os vírus. AS principais técnicas utilizadas para a detecção das arboviroses são: Reação em cadeia de polimerase (PCR), ensaio imunoenzimático (ELISA), inibição de hemaglutinação (IH) e teste de neutralização (TN), estes testes exigem

recursos financeiros das unidades de saúde e de pronto atendimento que muitas vezes não recebem os insumos suficientes para a realização dos testes diagnósticos e quando estes chegam às Unidades muitas vezes os profissionais não estão aptos para a realização de tais exames diagnósticos (JOSÉ, 2016).

Outra limitação identificada em estudos nacionais apontam a subnotificação dos casos que por muitas vezes são negligenciadas por membros da equipe de saúde, o processo de notificação dos casos alimenta o sistema de vigilância epidemiológica contribuindo com a elaboração de estratégias mais eficazes minimizando as infestações e reduzindo o número de agravos (ZARA et al. 2016).

Um ponto relevante apontado em diversos estudos é a influência das condições sócio econômico e como pontos secundários destaca-se fatores como a precariedade das condições sanitárias, migração populacional juntamente com o crescimento demográfico e a baixa escolaridade que tem relação direta com a educação e as estratégias de prevenção (JOSÉ, 2016).

As baixas condições sanitárias corroboram com o processo de poluição das águas e aumento da criação e proliferação de criadouros, a educação ambiental contribui com todas as esferas mais populares no contexto. Grandes centros urbanos recebem uma grande demanda populacional associada ao crescimento demográfico desenfreado da cidade juntamente ao processo de industrialização, urbanização, êxodo rural que quando não encontram- se bem estruturados contribuem de forma negativa na proliferação de vetores (COSTA; SILVA 2013).

As condições climáticas têm uma grande influência no aumento das arboviroses, estudos apontam que no Brasil o período que apresenta maior incidência de tais doenças está relacionada com o verão devido a maior ocorrência de chuvas e aumento da temperatura, sendo que 70% dos casos de arboviroses ocorrem no início dos anos, entre os meses de janeiro a maio. Já nas regiões norte e nordeste do país esse período tem alterações, pois a temporada das chuvas se iniciam tardiamente, geralmente entre os meses de maio até julho. O Brasil apresenta condições climáticas satisfatória e favoráveis para à reprodução de vetores durante todo o ano, principalmente nos grandes centros urbanos com carência de saneamento básico (HORTA, 2013).

Em contrapartida, o crescimento desordenado das grandes metrópoles, acompanhando o aumento da poluição dos rios juntamente com a formação



de valas disponibiliza lugares para oviposição artificial o que contribui com a disseminação de vetores, porém o período de seca também contribui com aumento da disseminação de vetores, pois os moradores armazenam água em recipientes que muitas vezes não são protegidos e desta forma servem como criadouros artificiais (CAMARA, 2016).

Outros aspectos relacionados ao aumento das arboviroses estão relacionados aos fatores inerentes ao agente infeccioso como também aos fatores inerentes ao vetor. As arboviroses, em sua maioria apresentam variabilidades genéticas que podem estar relacionadas com uma característica compartilhada devido à ausência do mecanismo de reparo do RNA polimerase viral gerando erros durante o processo de replicação do código genético, além da mutação do vírus acredita-se na possibilidade de recombinação dentro de um mesmo sorotipo (HOLMES, 2013).

Uma outra situação apontada pelos autores que provoca alterações genéticas capazes de aumentar o número de vetores e contribui para sua resistência é a migração de populações, os vírus são transportados por meios de transportes todos os dias para diferentes regiões e levando com eles seus hospedeiros. Tal fato contribui para o processo de variação de genótipos propiciando o aumento de recombinações e variabilidade genéticas o que corrobora com o aumento na resistência do vetor e proporciona acelerada reprodução de outros vetores que levam consigo seus hospedeiros (HOLMES, 2000).

## CONCLUSÃO

Através da construção do diagrama de Ishikawa foi possível identificar as causas e os efeitos que estão ocasionando o aumento da incidência das arboviroses no Brasil. Sendo este fenômeno relacionado a fatores como à execução de medidas de prevenção ineficientes, problemas decorrentes da interação homem-ambiente, dificuldades de implementação de estratégias por parte dos profissionais de saúde, medidas inadequadas de diagnóstico e tratamento dessas doenças e dificuldades enfrentadas pela população quanto a pouca sensibilização sobre as arboviroses, além das características adaptativas referentes ao vetor.

Pela extrema importância das arboviroses para a saúde pública, principalmente as emergentes, que estudos e reflexões sobre a temática devem ser cada vez mais trabalhados. Sendo necessário o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, assim como métodos diagnósticos e terapêuticos efetivos, e educação da população.

A elaboração de tal instrumento possibilitou a compreensão dos principais motivos que interferem no problema em questão e pode auxiliar à gestão dos serviços de saúde a proporem intervenções que tragam soluções as demandas apresentadas.

Por ser um problema que demanda a atuação do enfermeiro nos diferentes níveis de complexidade e por esse profissional estar em sua grande parte na liderança dos serviços, faz-se necessário promover o exercício de construção desses instrumentos assim como de suas soluções para além da gestão e que se faça presente na assistência, no ensino e na pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- BARBOSA, J. R.; BARRADO, J. C. S.; ZARA, A. L. S. A.; JUNIOR, J. B. S. Avaliação da qualidade dos dados, valor preditivo positivo, oportunidade e representatividade do sistema de vigilância epidemiológica da dengue no Brasil, 2005 a 2009. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, v. 24, n. 1, p. 49-58. 2015.
- BEHR, A.; MORO, E. L. S.; ESTABEL, L. B. Gestão da biblioteca escolar: metodologias, enfoques e aplicação de ferramentas de gestão e serviços de biblioteca: **Ci. Inf.**, Brasília. v. 37, n. 2, p. 32-42, 2008.
- CAMARA, T. N. L. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública do Brasil. **Revista de saúde pública**. v. 50, n. 36, 2016. Disponível em: [http://www.scielo.org/pdf/rsp/v50/pt\\_0034-8910-rsp-S1587872016050006791.pdf](http://www.scielo.org/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1587872016050006791.pdf). Acesso em: 12 de nov de 2016.
- CLETON N., KOOPMANS M., REIMERINK J., GODEKE G. J., REUSKEN C. Come fly with me: review of clinically important arboviruses for global travelers. **J Clin Virol**. v.56, n. 1, p. 91-89, 2012.
- COSTA, T. B. Oportunidades da aplicação de ferramentas de gestão na avaliação de políticas públicas: o caso da política nacional de resíduos sólidos para a construção civil. Minas Gerais: Juiz de fora, 2013.
- COSTA, V. A.; SILVA, J. P.G. Associação entre casos notificados e variáveis climáticas da dengue no município de Pirapora (MG) entre os anos de 2010 a 2011. **Caminhos de Geografia**. v. 14, n. 45, 2013.
- HOLMS, E. C & BRUNH, S. The Causes and consequences of genetic variation in Dengue virus. **Trends in Microbiol**, v. 8, n. 2 p. 74-7, 2000

HOLMS, E. C & TWIDDY, S;S. The Origin, emergence and evolutionary genetics of dengue virus. **Infect. Genet. Evol.** v. 3, n.1, p. 19-28, 2003.

HORTA, M. A. P. et al, Os efeitos do crescimento urbano sobre a dengue. **Rev. Bras. Promoc. Saude.** v. 26, n. 4, 2013. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/3121>. Acesso em: 10 nov 2016.

LIMA-CAMARA, T. N. Arboviroses emergentes e novos desafios para a saúde pública no Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 50, n. 36, p. 1-7. 2016.

MAMANI, E. New serotype 5 of dengue virus: Need to strengthen the molecular surveillance in Peru. **Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública**, Lima, v. 31, n. 2, p. 169-180, abr. 2014.

MANIERO, V. C., et. al. Dengue, Chikungunya e Zika vírus no Brasil: situação epidemiológica, aspectos clínicos e medidas preventivas. **Almanaque Multidisciplinar de Pesquisa**. Universidade Unigranrio. v.1, n.1, p. 118-145. 2016. Disponível em: <[publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/download/3409/2110](http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/amp/article/download/3409/2110)>. Acesso em: 12 nov 2016.

OLIVEIRA, C. M.; CRUZ, M. M. Sistema de Vigilância em Saúde no Brasil: avanços e desafios. **Saúde em Debate.** v. 104, n. 39, p. 267-255, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n104/0103-1104-sdeb-39-104-00255.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2016.

PEROVANO, D. G. Manual de metodologia científica para a segurança pública e defesa social. Curitiba: Juruá, 2014.

RUST, R.S. Human arboviral encephalitis. **Seminars in Pediatric Neurology.** v.19, n.3, p. 130-151. 2012. Disponível em: <[http://www.sempedneurjnl.com/article/S1071-9091\(12\)00018-6/abstract](http://www.sempedneurjnl.com/article/S1071-9091(12)00018-6/abstract)>. Acesso em: 17 jan 2017.

TRAN, D. N.; BERO, L. A. Barriers and facilitators to the quality use of essential medicines for maternal health in low-resource countries: An Ishikawa framework. **Journal of Global Health.** v.5, n. 1, 2015.

WONG, K. C. "Using an Ishikawa Diagram as a Tool to Assist Memory and Retrieval of Relevant Medical Cases from the Medical Literature." **Journal of Medical Case Reports.** 5 (2011): 120.

ZARA, A. L. S. A. et al. Estratégias de controle do Aedes aegypti: uma revisão. **Epidemiologia & Serviços de Saúde**, v. 25, n. 2, p. 391-404. 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00391.pdf>>. Acesso em: 17 nov 2016.

## CAPÍTULO 4

# CAUSAS PRIORITÁRIAS NAS SUBNOTIFICAÇÕES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Ana Paula Nunes de Lima Fernandes  
Amanda Barbosa da Silva  
Lorrainy da Cruz Solano  
Mércio Gabriel Araújo  
Raianny Alves da Costa  
Allyne Fortes Vitor  
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda

## INTRODUÇÃO

A palavra informação é bastante utilizada no cotidiano e pode representar diversos significados. Sabe-se que informação é a representação de algo, por isso quando se fala em informação em saúde o significado vai depender do contexto histórico, o qual está inserido. Desta maneira pode ser expressa como dimensão da situação de saúde-doença-cuidado dos indivíduos ou população em uma determinada época (MORAES, 2014).

Com o intuito de gerar a informação da situação de saúde-doença-cuidado, os dados são coletados pelos profissionais da saúde e inseridos em um Sistema de Informação em Saúde (SIS) para gerar a informação sobre uma determinada população. Esse sistema possui uma dinamicidade e funciona para alimentar os repositórios de registros (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011; MORAES, 2014).

Entre os sistemas de informações em saúde do Ministério da saúde existem: o Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) (REDE, 2008).

Os SISs são importantes, pois representa a condição de saúde e doença de uma determinada população adstrita em um território. Além disso, é

responsável por possibilitar o planejamento das ações, tomada de decisões diante dos problemas e conseguir financiamento para melhorar a qualidade dos serviços prestados e consequentemente a saúde da população (MOROSSINI; CORBO, 2007).

Apesar de se ter o conhecimento da relevância do SIS, muitos problemas acontecem neste percurso que ocasionam subnotificação dos dados. A subnotificação é responsável por distorcer a realidade e interferir nas ações e planejamento de saúde. As causas principais da subnotificação são: ausência de uma política de informação, fragilidade da educação permanente em saúde, desconhecimento da importância dos sistemas, sistema de informação pulverizado, equívoco no papel do registrador e ausência da busca ativa (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011; SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011; MORAES, 2014).

Tendo em vista tudo que foi abordado sobre a importância da informação e do SIS e o problema que a subnotificação pode acarretar para a condição de saúde da população, surge o questionamento: quais são as causas prioritárias e secundárias da subnotificação na atenção primária a saúde? Parte da hipótese que ao discutir sobre as causas da subnotificação, medidas efetivas poderão ser tomadas para que as informações geradas cumpram sua função de serem insumos potenciais para usuários e profissionais do SUS subsidiando processos no campo da gestão, vigilância e atenção à saúde (BRASIL, 2013).

Para tanto, o objetivo deste trabalho é detectar as causas prioritárias das subnotificações na Atenção Primária a Saúde.

## MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura que possibilitou a construção de um Diagrama de Causa e Efeito.

Foram feitas buscas em livros, manuais e bases eletrônicas (Lilacs, Scopus, Cinahl e Pubmed) a procura de artigos que retratasse sobre as causas primárias e secundárias da subnotificação nos sistemas de informação, no período de 01 de outubro a 05 de dezembro de 2016.

Para a busca, foram utilizados alguns descritores não indexados nos Descritores em Ciência da Saúde, a saber: sistema de informação, atenção primária e subnotificação e Information system, Primary attention e Underreporting. Ademais, cruzamentos entre os descritores foram realizadas para o encontro do máximo de referências sobre o assunto.

Concomitante com a busca foi realizada primeiro a leitura dos títulos e posterior a leitura dos resumos dos artigos. Após esta seleção os artigos foram lidos na íntegra e as causas primárias e secundárias da subnotificação dos sistemas de informação em saúde foram estabelecidas. Uma apresentação à turma da pós-graduação das causas foi realizada por meio do Diagrama de Causas e Efeitos. Assim, os discentes da turma puderam colaborar na produção do diagrama.

Os critérios de inclusão foram livros, manuais e artigos de pesquisa que tratassem do tema. Foram excluídos artigos que apresentasse apenas o resumo e os repetidos após a busca.

Para a escolha do tema deste trabalho inicialmente foi realizada a divisão da turma de pós-graduação em subgrupos que ficaram responsáveis por trabalharem temáticas da Vigilância à Saúde. Uma vez divididos os grupos, este grupo aprofundou-se na temática Sistemas de Informação em Saúde e iniciou os estudos com uma ampla revisão da literatura na temática, onde observou-se os principais problemas que estão relacionados. Uma vez elencados os problemas foi selecionado um problema para que fosse discutido, neste caso, o escolhido foram as subnotificações.

A subnotificação foi escolhida pelo grupo, por saber que é um problema real que atinge a atenção primária à saúde. Junto a isto, foi motivada pelo desconhecimento da importância dos sistemas de informação em saúde, pulverização dos sistemas de informação em saúde, cristalização da política de informação em saúde, fragilidade da educação permanente em saúde, equívoco no papel de registrador e ausência de busca ativa. Em consequência disto, dados não fidedignos sobre a situação da população e assim medidas para a melhoria da saúde não são realizadas.

## DIAGRAMA DE CAUSA E EFEITO

O diagrama de causa e efeito foi escolhido para oferecer uma melhor visualização das causas primárias e secundárias responsáveis pela subnotificação no Sistema de Informação em Saúde, na atenção primária à saúde. Deste modo, medidas alternativas para solucionar essas causas podem ser estabelecidas e o problema da subnotificação resolvido.

O diagrama de causa e efeito ou diagrama de espinha de peixe foi utilizado pela primeira vez em 1953, no Japão, pelo professor Kaoru Ishikawa com o objetivo de descobrir as causas primárias e secundárias de um determinado efeito possibilitando a visualização do processo. (SEBRAE, 2005).

A execução do diagrama é um exercício de gestão e pode ser apontado como uma ferramenta da qualidade que são técnicas executadas com o intuito de mensurar, definir, analisar e propor soluções para os problemas que possam interferir no desempenho dos processos de trabalho auxiliando na tomada de decisão (MEIRELES et al, 2014).

Inicialmente foi realizada a divisão da turma em subgrupos que ficaram responsáveis por trabalharem temáticas da Vigilância à Saúde. Uma vez divididos os grupos, este grupo se aprofundou na temática dos Sistemas de Informação em Saúde e iniciou os estudos com uma ampla revisão da literatura na temática, onde se observou os principais problemas que estão relacionados.

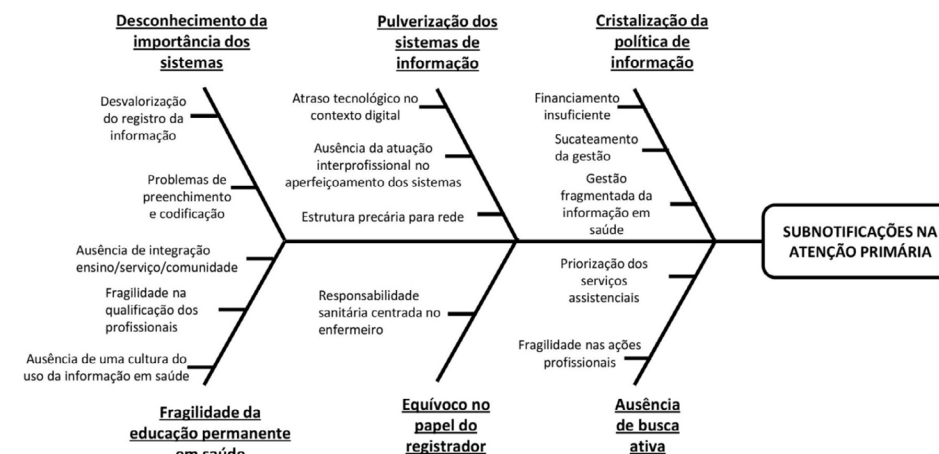
Uma vez elencados os problemas foi selecionado um problema para que fosse discutido, neste caso, o escolhido foram as subnotificações na atenção primária a saúde. Posterior à escolha do problema foram identificadas as possíveis causas primárias e secundárias que interferem no desenvolvimento deste efeito.

Para a escolha das causas analisou-se os dados extraídos da revisão de literatura. Em seguida aconteceu uma apresentação do Diagrama de Causa e Efeito à turma de pós-graduação. Uma análise dos dados foi refeita no grande grupo junto com os docentes da disciplina. Isso permitiu a inclusão e exclusão de algumas causas.

## RESULTADO E DISCUSSÃO

A revisão de literatura e a discussão em sala de aula possibilitou a construção de um Diagrama de Causa e Efeito. Este apresenta como efeito principal a Subnotificação na Atenção Primária e as causas principais e secundárias para esse efeito (FIGURA 1). A problemática referente à subnotificação é apresentar dados não fidedignos da situação de saúde de uma determinada população. Desta maneira, os investimentos repassados pelo governo não são realizados e o problema de saúde da população passa despercebido.

**Figura 1** – Diagrama de Causa e Efeito sobre as subnotificações na Atenção Primária



Fonte: construído pelos autores.

Após delimitadas as causas prioritárias e secundárias das subnotificações na atenção primária foram discutidos cada um dos pontos a seguir.

### DESCONHECIMENTO DA IMPORTÂNCIA DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

O fato de desconhecer a importância do SIS para a melhoria da saúde da população levam os profissionais a subnotificarem os dados. Atrelado a esta

causa primária apresentada no Diagrama de Causa e efeito, estão às causas secundárias que são a desvalorizações do registro da informação e o problema de preenchimento e codificação. Deste modo, os dados e informações geradas sobre a situação de saúde-doença-cuidado da população não são reais. Assim, medidas que poderiam ser tomadas para a melhoria dessa situação não são realizadas.

Os SISs alimentam os fluxos correntes de informação e repositórios de registros. Descrevem facetas ou dimensões do fato, evento ou situação de saúde-doença-cuidado de acordo com o ponto de vista, o grau de conhecimento e tecnologia de que dispõe os responsáveis por desenvolvê-los e o alcance dos compromissos de quem (profissional/instância) define, em determinados tempo e lugar, o que e como destacar, ocultar, ignorar desde a coleta até sua disponibilização e uso (MORAIS, 2014).

Os SISs são instrumentos que podem auxiliar no processo de trabalho em saúde, que é um setor carente de tecnologias de informação que possam otimizar o trabalho na gestão. Diante de tão ampla finalidade, é inenarrável a sua importância, porém sua implantação impacta de várias formas nos profissionais, sobre a instituição e na assistência prestada ao usuário, porém mudanças bruscas podem trazer o risco de fracasso. Estes riscos são fatores que levam a subnotificação, que é um grande problema para o fortalecimento do uso dos SIS (CAVALCANTI; SILVA; FERREIRA, 2011).

Os mesmos autores apontam que o desconhecimento da importância dos sistemas contribui significativamente para que profissionais o subutilizem. Muitos dos profissionais que notificam os dados possuem um acesso restrito ao perfil que lhe é atribuído e perdem a dimensão do quão essencial é o seu papel, no que concerne a todas as etapas de processamento da informação.

Como causas secundárias, também consideradas como fatores causadores do desconhecimento da importância do sistema destacam-se: a desvalorização do registro da informação e os problemas de preenchimento e codificação. A desvalorização do registro da informação influencia diretamente no desconhecimento da importância dos sistemas, e consequentemente na subnotificação.

A demanda por informações em saúde tem aumentado pela necessidade de subsidiar a tomada de decisão. Existem muitos atores envolvidos na produção e utilização das informações em saúde, dentre eles destacam-se: usuários,

profissionais e gestores, mas também prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada.

Dentre esses atores o enfoque do problema da desvalorização do registro está no papel do registrador, desempenhado pelos profissionais. Segundo a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) o profissional é responsável pelos registros rotineiros, oportunizando a produção de relatórios e outros instrumentos que vão auxiliar no processo de trabalho em saúde. Quando essa atribuição de registrar a informação é desvalorizada há uma forte tendência à subnotificação do registro (BRASIL, 2013).

Sobre a causa secundária problemas de preenchimento e codificação, é importante que sejam enfatizadas algumas informações. A implantação dos SIS traz uma série de mudanças no processo de trabalho, sobretudo pelo uso de tecnologias informatizadas.

O desconhecimento da tecnologia enquanto instrumento de trabalho pode ser um fator primordial para que ocorram os problemas de preenchimento e codificação. Esse crescimento da informática ainda é recente e poucos profissionais estão aptos a trabalharem com esse tipo de recurso, gerando uma notificação equivocada. Estes problemas de preenchimento poderiam ser minimizados com a valorização do registro, ao reconhecerem-no como importante os profissionais se empenhariam em se aperfeiçoarem nesta atribuição (CAVALCANTI; SILVA; FERREIRA, 2011).

## PULVERIZAÇÃO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A pulverização do SIS, causa primária do Diagrama de Causas e efeitos, transforma os dados e as informações em fragmentos. Assim, impede a articulação entre as informações e o sistema se torna verticalizado. Além disso, tem-se o atraso tecnológico no contexto digital, que retrata a despreparação do ambiente de trabalho quanto à falta de um aparato tecnológico; a ausência da atuação interprofissional no aperfeiçoamento do sistema, onde os profissionais não conseguem trabalhar em equipe para integrar as informações e uma estrutura precária para rede, responsável por fazer o tempo da transmissão da informação ser retardado.



O Sistema de Informação em Saúde é considerado pulverizado devido apresentar características fragmentadoras. Os programas inseridos no sistema são elaborados de maneira verticalizada e instituídos de acordo com o agravo a ser notificado (AIDS, tuberculose, hanseníase, diabetes, entre outros). Esta verticalização é centrada na doença, fracionam os problemas de saúde, favorece a duplicação dos dados em plataformas diferentes e impede a percepção que o paciente pode apresentar mais de um agravo à saúde (SILVA; LAPREGA, 2005; MORAES, 2014).

Responsável por não promover as articulações entre as informações, o sistema pulverizado é considerado como uma causa primária para a subnotificação na atenção primária. Enquanto isso, outras causas denominadas de secundárias são responsáveis por provocar a pulverização do sistema de informação, a saber: o atraso tecnológico no contexto digital, ausência da atuação interprofissional no aperfeiçoamento dos sistemas e uma estrutura precária para rede.

Ao contrário do pensamento cartesiano (simplificador e reducionista), o sistema de informação em saúde deve atuar de maneira complexa. A complexidade envolve um olhar amplo dos problemas apresentados, de modo que integra os pensamentos simplificadores e articula os campos das disciplinas (MORIN, 2006).

A interferência em integrar as informações pode estar relacionada ao atraso tecnológico no contexto digital existente na atenção primária. Muitas vezes os recursos tecnológicos são reduzidos ou inexistentes e o acesso à internet dificultado. Além disso, alguns profissionais são resistentes à tecnologia e preferem preencher os dados a mão, o que retarda a transmissão da informação e favorece a perda dos dados (VIDOR; FISHER; BORDIN, 2011).

A ausência da atuação interprofissional no aperfeiçoamento dos sistemas também impede que os dados coletados pelos profissionais sejam integrados. Esta atuação, conhecida como o trabalho em equipe, ocorre quando se estabelece uma relação entre dois ou mais profissionais para colaborar nos afazeres diários na atenção primária. A colaboração permite um trabalho coeso que define os papéis de cada um e possibilita o planejamento, acompanhamento e avaliação dos resultados do trabalho desenvolvido (FREITAS; PINTO, 2005; SILVA; LAPREGA, 2005; SILVA; SCAPIN; BATISTA, 2011).

Ao trabalhar em equipe os profissionais passam a gerar informações relevantes que vão atuar na melhoria da condição de saúde da população.

Ademais, os recursos financeiros só serão liberados para esta população se os dados forem inseridos no sistema e retratarem a realidade de saúde do território. O financiamento é relevante para oferecer uma melhoria na qualidade dos serviços prestados (MOROSSINI; CORBO, 2007).

No Brasil existe uma ampla rede de sistemas de informações, disponibilizados pela internet que fornecem informações sobre os problemas de saúde da população. Entretanto, a diminuição na qualidade dos dados geradores das informações tem possibilitado uma estrutura precária para rede (LIMA et al., 2009). Além disso, a rede que deveria apresentar um papel integrador e unificador, não consegue fazer a intercomunicação das diversas informações (MEDEIROS et al., 2005).

Portanto as causas secundárias são responsáveis pela pulverização dos sistemas de informação e consequente subnotificação na atenção primária a saúde. Então, estas causas merecem ser destacadas para que iniciativas sejam tomadas com intuito diminuir o tempo de transmissão da informação, aperfeiçoar a qualidade dos dados e promover a integração das informações. Desta maneira, a realidade da população é representada de forma fidedigna e os financiamentos garantidos para oferecer melhoria na qualidade da assistência.

## CRISTALIZAÇÃO DA POLÍTICA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A cristalização da política de informação é um fato que o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) reconhece e assume o compromisso em desenhar estratégias para que as informações cheguem de fato aos cidadãos ou instituições. Essa atitude é determinante para a qualificação dos processos como um espaço estratégico fundamental na organização dos fluxos de informação. (SOUSA et al, 2014). Como causas secundárias foram evidenciadas: financiamento insuficiente, sucateamento da gestão e a gestão fragmentada da informação em saúde.

Faz-se necessário compreender o significado e as potencialidades dos sistemas de informação em saúde para subsidiar políticas públicas (MORAES, 2014). Ademais, é preciso contextualizar as políticas de saúde como políticas sociais, já que o direito a saúde é inerente à condição de cidadão. (BARROS; SOUSA, 2016).



Pode-se apontar a cristalização da política de informação e informática em saúde no Brasil evidenciada pela existência de algo além da discussão técnica focada nos artefatos eletrônicos. Vale destacar que as Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde (TIC) devem ser tratadas como um componente da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS), não se restringindo aos feudos técnicos de especialistas. (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

A PNIIS deve ser capaz de subsidiar os processos de produção e difusão do conhecimento, gestão, organização da atenção à saúde e controle social. A política precisa ser fortalecida para oportunizar a melhoria do acesso e da qualidade no SUS; a transparência e segurança das informações; o suporte da informação a tomada de decisão dos gestores e profissionais de saúde e por fim a ampliação do SUS. (BRASIL, 2013).

É inegável o empenho de instâncias como o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) na implementação da PNIIS, mas ainda está aprisionada ao plano teórico e legislativo. Percebe-se uma lenta evolução da política atravessada pelo imperativo tecnológico e o controle das informações pelo estado que são os dois caminhos históricos que expressam a atual práxis informacional em saúde. (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

No que diz respeito ao financiamento insuficiente incapaz de garantir acesso universal e a integralidade na produção do cuidado à população como prevê a constituição. É evidente que o comportamento do gasto em saúde é insipiente para garantir uma cobertura universal, uma vez que os recursos são dependentes de regimes contributivos o que impacta diretamente na qualidade dos serviços. No Brasil, o sistema tributário favorece a taxação sobre o consumo em lugar daquele sobre renda e riqueza. (BARROS; SOUZA, 2016)

Outra causa importante nessa discussão é o sucateamento lento e gradual da gestão de informação e de tecnologias de informação em saúde. Há um esvaziamento da gestão das TICs acrescido a um debate tecnicista que está no cerne da disputa mercantil do SUS por empresas multinacionais e nacionais regulados por interesses econômicos e empresariais. Há uma evidente estratégia de desmonte dos espaços públicos em contrapartida a expansão de segmentos

do capital privado. Essa fragilidade das estruturas de gestão do SISs as torna vulneráveis às pressões do mercado. (MORAES, 2014).

Resultados de uma pesquisa apontam que na opinião dos gestores municipais de saúde, as informações em saúde disponibilizadas pelos sistemas de base nacional para a atenção primária a saúde eram fragmentadas, desatualizadas e de baixa qualidade. Reconhecendo a função primordial dos municípios na responsabilidade do gerenciamento e do preenchimento regular dos SISs, essa área foi considerada problemática para a tomada de decisão. (SOUZA et al, 2014).

A gestão fragmentada da informação em saúde reflete um modelo decisório atomizador, tópico e reativo. Esse fato dissipa a potência dos SISs no enfrentamento dos desafios cada vez mais complexos. (MORAES, 2014).

É preciso defender que a informação em saúde é um bem público e passível de ser gerido por mecanismos colegiados, democráticos e expostos ao exercício do controle social do SUS. Percebem-se registros eletrônicos desintegrados, sem interoperabilidade entre os diversos sistemas, não existe uma gestão colegiada da informação em saúde atuante bem definida. (CAVALCANTE; PINHEIRO, 2011).

## FRAGILIDADE DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

A fragilidade da educação permanente em saúde é tida como uma das causas primárias do referido diagrama de causa e efeito. Entende-se como educação permanente em saúde um conjunto de estratégias pedagógicas que, quando utilizadas em coletividade, permitem refletir e analisar as ações de saúde produzidas e implementadas corriqueiramente. É válido salientar que este processo envolve tanto o aparato tecnológico, conhecimentos científicos, teóricos e metodológicos atualizados sobre as práticas em saúde, como também as relações de profissionais que atuam em equipe. Tais relações incluem o ambiente de trabalho em saúde, os agentes envolvidos no processo, as práticas institucionais e/ou setoriais e políticas públicas relacionadas às ações de saúde (CECCIM, 2005).

Dessa forma, inúmeros fatores estão envolvidos e atuam diretamente neste tipo de estratégia pedagógica, os quais se somam na garantia de ações de educação permanente de fato, efetivas em saúde. Contudo, quando não há consistência em

alguma etapa do processo, esta causa primária contribuirá diretamente para que o efeito em questão seja instalado tornando-a fragilizada em um ou vários aspectos.

No que se refere às causas secundárias que influenciam, tem-se: ausência de integração ensino/serviço/comunidade, fragilidade na qualificação dos profissionais e ausência de uma cultura do uso da informação em saúde.

A ausência de integração ensino/serviço/comunidade foi identificada como relevante causa secundária que favorece a vulnerabilidade da educação permanente em saúde e consequente subnotificação na atenção primária.

A inexistente articulação entre as três esferas é capaz de impedir o profissional de saúde, de perceber a relevância da educação permanente para a sua formação e capacitação, para o processo e gestão de trabalho os quais influenciam diretamente no principal alvo do cuidado, o indivíduo. Esta realidade que implica diretamente no cotidiano da prática deste trabalhador (CECCIM, 2005).

Sabe-se que educação permanente em saúde atua em quatro vertentes principais relacionadas à formação, a saber: ensino, atenção, gestão e controle social, denominadas de quadrilátero da formação. Por se complementarem, tais vertentes deveriam atuar em conjunto para que fossem identificadas peculiaridades de cada ambiente de trabalho e sua localidade, bem como estimular as capacidades e potencialidades do indivíduo além de propiciar uma aprendizagem significativa, crítica e efetiva a estes profissionais de saúde (CECCIM, 2005; SILVA; DUARTE, 2015).

Para Merhy (2005) a educação permanente em saúde é capaz de incitar mudanças dos profissionais as quais devem acarretar em transformações das práticas profissional destes trabalhadores.

A Fragilidade na qualificação dos profissionais foi considerada como outra causa secundária da temática em apreço. É sabido que a inserção de novas tecnologias e conhecimentos é crescente e que a atualização profissional deve acompanhar este movimento. Atrelado a isto, a constante atualização profissional é dificultada pela baixa disponibilidade dos trabalhadores de saúde, pela distribuição desigual dos trabalhadores aglomerados em grandes centros urbanos, os altos custos envolvidos neste processo, que por vezes carece de aparato tecnológico de ponta bem como a influência centrada da formação hospitalocêntrica e biomédica em detrimento dos outros ambientes de saúde (SILVA; DUARTE, 2015; CECCIN, 2005).

As ações educativas são multifacetadas, ativas e complexas. Deste modo, os trabalhadores de saúde devem perpassar o pensamento insuficiente com foco somente no potencial individual (SILVA; DUARTE, 2015). Observa-se assim, que o processo de análise enquanto trabalhador de saúde é um dos desafios éticos e políticos da educação permanente em saúde (MERHY, 2005). Acredita-se que esta fragilidade é relacionada exclusivamente ao profissional de saúde em si, mas também, a falta de incentivo da gestão em capacitar os seus trabalhadores. Sobretudo, na atual fase econômico, social e político vivenciado pelo país, fato que interfere diretamente na capacitação destes profissionais (SILVA; DUARTE, 2015).

Outro fator secundário relacionado, refere-se a ausência de uma cultura do uso da informação em saúde. É importante reconhecer que a valia de uma informação relaciona-se diretamente com a utilização daquilo que se informa e a conversão em ação. Quando não há ação, a informação tem papel inerte, realidade que contribui para o efeito apresentado neste estudo. A problemática da não utilização das informações em saúde contribuem para a dificuldade na tomada de decisão as quais envolvem os profissionais bem como o Sistema Único de Saúde (SUS) (MORAES, 2014).

O não reconhecimento pelos profissionais da tecnologia em saúde com uma ferramenta importante no trabalho é fato colaborador para a ausência do uso da informação em saúde. Esta realidade se faz presente desde a formação fundamental com a fragmentada inclusão do conhecimento informatizado nas escolas. Assim, ao ingressarem no mercado de trabalho, os profissionais não encontram-se capacitados o manuseio destas tecnologias. Junto a isso, tem-se a inclusão ainda incipiente nas Unidades de Saúde, de aparato tecnológico, como computadores que possibilitem o acesso informatizado a sistemas de informação (CAVALCANTE; SILVA; FERREIRA, 2011).

Contudo, é necessário aproximar o profissional de saúde a estas tecnologias por meio de capacitações profissionais e incentivo dos gestores ligados à saúde com o intuito de que estas informações não se tornem inertes, mas sejam transformadas em ações que influenciem diretamente na tomada de decisão em saúde.

## EQUÍVOCO NO PAPEL DE REGISTRADOR

Os profissionais de saúde que não reconhecem a importância do preenchimento das notificações são responsáveis pela causa primária do Diagrama de Causa e Efeito: o equívoco no papel do registrador. Essa causa é decorrente da falta de responsabilidade profissional. Diante disso, é relevante destacar o enfermeiro como o principal responsável por registrar dados das ações, serviços e notificações no contexto dos serviços de saúde.

As informações em saúde são essenciais para o desenvolvimento de políticas, programas e práticas que contribuem para a melhoria dos serviços e ações prestadas a população. Contudo, para que tais informações sejam fidedignas é preciso profissionais qualificados e capacitados para compreender o processo de coleta, preenchimento, alimentação, armazenamento e interpretação de dados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na área da saúde esses dados são gerados a partir dos serviços e ações desenvolvidas nos espaços de saúde, em especial, na atenção primária à saúde, principal porta de entrada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esses dados são decorrentes dos atendimentos ambulatoriais, das atividades de educação em saúde, da realização de busca ativa, da prática de terapias comunitárias para diagnóstico e a partir de grupos formados exigidos pelo Ministério da Saúde e desenvolvidos conforme necessidade da área adstrita (CARRENO et al, 2015).

Ressalta-se que o registro das doenças e/ou agravos não é uma função privativa de qualquer profissional da área da saúde, mas sim deve ser realizada por qualquer autoridade sanitária. Apesar da responsabilidade pelas notificações serem de todos os profissionais nota-se que tanto esses quanto os discentes dos cursos de graduação da área de saúde, tem demonstrado pouco conhecimento sobre as notificações, especialmente, as de caráter compulsório o que prejudica as investigações do Ministério da Saúde e o controle destas doenças (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAIS, 2008).

Quando as notificações são realizadas observa-se que são, predominantemente, preenchidas pelo profissional enfermeiro. Tal fato relaciona-se com o papel exercido pelo enfermeiro na atenção primária vista como de líder. Essa liderança contribui para exercer responsabilidades sobre diversas atribuições

exigidas no contexto da estratégia saúde da família, inclusive a de registrador de informações (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAIS, 2008).

Evidencia-se que a formação do profissional enfermeiro permite um maior acesso as questões burocráticas quanto ao preenchimento e alimentação de dados. Contudo, este profissional responsabiliza-se pela área adstrita e desenvolve todos os passos necessários após gerada a informação. Desse modo, é preciso a realização de capacitação de todos os profissionais que compõe a atenção primária para o preenchimento de notificações e coleta de dados para que não ocorra equívoco quanto à responsabilidade no papel do registrador. Pois, a ausência de dados provoca distorções sobre a realidade do território.

## AUSÊNCIA DE BUSCA ATIVA

A realização da busca ativa na atenção primária à saúde é essencial para diagnosticar fatores determinantes e condicionantes do processo saúde *versus* doenças dos indivíduos inseridos no território. Também, apresenta-se como subsídio para o processo de gestão em saúde ao possibilitar informações valiosas para o diagnóstico da situação de saúde de uma área, região, município e até mesmo um estado específico (PEREIRA et al, 2008).

Diante disso, as diversas atividades atribuídas aos profissionais de saúde tem dificultado a realização de ações de busca ativa, principalmente ao priorizar serviços assistenciais. Isso é decorrente de demandas advindas de programas e políticas de saúde que visam à realização de serviços assistenciais aos diversos grupos inseridos no território. Logo, há uma dificuldade em promover a inserção dos profissionais da atenção primária no território para conhecer as necessidades e práticas de saúde realizadas pelos usuários (PAVONI; MEDEIROS, 2009).

Outro entrave na realização da busca ativa proveniente da priorização dos serviços assistenciais são as metas exigidas pelo governo federal. Tais metas tem valorizado o quantitativo de atendimento em detrimento da qualidade prestada aos usuários e isso tem provocado mudanças significativas na promoção de serviços, pois tem promovido um atendimento ambulatorial rápido, superficial e incapaz de estabelecer relações significativas entre usuário e profissional, serviço e comunidade (GODOI; MELLO; CAETANO, 2014).

É necessário repensar as metas estabelecidas, haja vista a dinâmica territorial que possibilita transformações constantes e influencia diretamente no processo saúde *versus* doença dos indivíduos. Desse modo, destaca-se a vulnerabilidade nas ações dos profissionais para a ausência da busca ativa. Observa-se que as ações de promoção da saúde são desenvolvidas no interior dos espaços de saúde e abrange apenas os usuários frequentadores desses serviços.

É preciso extrapolar os espaços de saúde a partir de ações intersetoriais com instituições de outras áreas em busca de ampliar a participação da comunidade. Identificam-se as ações na atenção primária atreladas ao modelo campanhista/sanitarista voltadas para doenças endêmicas de regiões ou provenientes das estações do ano. Tais ações são consideradas inadequadas por não considerar as particularidades e realidades pertencentes aos grupos populacionais de determinadas áreas. Além disso, são pontuais e não são consideradas como agentes transformadores para a população (LAVRAS, 2011).

Nesse entendimento, percebe-se que a ausência da busca ativa na atenção primária é um fator determinante para as subnotificações. Pois, a ausência de dados e informações sobre doenças que ocorrem na população são, muitas vezes, decorrentes da falta de conhecimento dos profissionais relacionados com a área adstrita do seu território (VASCONCELLOS; GRIBEL; MORAIS, 2008). Logo, identifica-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais com o desenvolvimento de ações voltadas para grupos exigidos pelo Ministério da Saúde e pela priorização de serviços assistenciais. Ao priorizar tais exigências ocorre o distanciamento das necessidades de saúde da comunidade.

Com isso, ao considerar o território como essencial para a realização da busca ativa e para suprir as causas de subnotificação é relevante destacar mudanças no processo de trabalho dos profissionais, priorizar o conhecimento sobre o território, identificar o processo saúde *versus* doença da população adstrita e realizar ações sobre doenças prevalentes na população, assim como, conhecer a dinâmica territorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As causas primárias encontradas e expostas no Diagrama de Causa e Efeito são: desconhecimento da importância dos sistemas, pulverização dos sistemas de informação, cristalização da política de informação, fragilidade da educação

permanente em saúde, equívoco no papel do registrador e ausência de busca ativa. Essas causas contribuem diretamente para a subnotificação na atenção primária.

Interligadas e responsáveis pela as causas primárias estão às causas secundárias, a saber: desvalorização do registro da informação, problemas de preenchimento e codificação, atraso tecnológico, ausência da atuação interprofissional no aperfeiçoamento dos sistemas, estrutura precária para a rede, financiamento insuficiente, sucateamento da gestão, gestão fragmentada da informação em saúde, ausência de integração ensino/serviço/comunidade, fragilidade na qualificação dos profissionais, ausência de uma cultura do uso da informação em saúde, responsabilidade sanitária centrada no enfermeiro, priorização dos serviços assistenciais e fragilidades nas ações profissionais.

Embora a confecção do diagrama tenha sido um exercício teórico é inegável que a aplicação de uma ferramenta da qualidade permitiu uma visão ampla acerca das causas do problema subnotificações na atenção primária.

Portanto, abrem-se outras possibilidades a partir do uso do diagrama de causa e efeito frente às subnotificações na atenção primária, como a produção do diagrama de soluções ou de um instrumento de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- BARROS, F. P. C.; SOUSA, M. F. Equidade: seus conceitos, significações e implicações para o SUS. **Saúde Soc. São Paulo**. v. 25, n. 1, p. 9-18, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000100009&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902016000100009&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Comitê de informação e informática em saúde. **Política nacional de informação e informática em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 50 p. Disponível em: <[https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/108353/mod\\_resource/content/1/pniis\\_marco\\_2013.pdf](https://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/108353/mod_resource/content/1/pniis_marco_2013.pdf)>. Acesso em 3 de dezembro de 2016.
- CARRENO, I. et al. Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 3, p. 947-56, 2015.
- CAVALCANTE, R. B.; SILVA, P. C.; FERREIRA, M. N. Sistemas de informação em saúde: possibilidades e desafios. **R. Enferm. UFSM**. v. 1, n.2, p. 290-299, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/2580/1643>> Acesso em: 01 de outubro de 2016.
- CAVALCANTE, R. B.; PINHEIRO, M. M. K. Política nacional de informação e informática em saúde: avanços e limites atuais. **Perspectivas em Gestão & Conhecimento**. João Pessoa. v. 1, n. 2, p. 106-119, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc/article/view/10487/6893>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.

- CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – comunicação, saúde e educação**, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de Informação da atenção básica-SIAB. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n.4, p. 547-54, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2117/2206>> Acesso em: 01 de dezembro de 2016.
- GODOI H; MELLO A. L. S. F.; CAETANO, J. C. Rede de atenção à saúde bucal: organização em municípios de grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 30, n. 2, p. 318-32, 2014.
- LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- LIMA, C. R. A. et al. Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 25, n.10, p. 2095-2109, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n10/02.pdf>> Acesso em: 01 de dezembro de 2016.
- MERHY, Emerson Elias. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, Feb. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em
- MEDEIROS, K. R. et al. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. **Ciência & saúde coletiva**. n. 10, v.2, p.433-440, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/v0D/csc/v10n2/a21v10n2.pdf>> Acesso em 01 de dezembro de 2016.
- MEIRELES, T. O.; SILVA, K. T.; SÁ, L. L. F. A importância da adoção do Método de Análise e Solução de Problemas (MASP) utilizando o ciclo PDCA na gestão em serviços de saúde. **Boletim Informativo Geum**. v. 5, n. 3, p. 12-22, jul./set. 2014
- MORAES, I. H. S. **Sistemas de informação em saúde: patrimônio da sociedade brasileira**. In: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. Saúde coletiva: teoria e prática. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p 649-665.
- MORRIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.
- MOSSORINI, M. V.; CORBO, A. D. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção Primária e a estratégia Saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.66, n. especial, p.158-64, 2013.
- PAVONI, D.S.; MEDEROS, C. R. G. Processos de trabalho da equipe estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n. 2, p.265-71, 2009.
- PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em hanseníase em serviços de saúde de um município do estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.61, n. especial, p.716-25, 2008.
- REDE Interagencial de informação para a saúde. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ REDE Intereagencial de informação para a saúde** Risa. 2ª edição, Brasília: Organização pan-americana da saúde, 2008.
- SILVA, A. S.; LAPREGA, M. R. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.21, n. 6, p.1821-1828, 2005. Acesso em 01 de dezembro de 2016.
- SILVA, R. H. A.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação**. v. 16, n. 1, p. 167-184, 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2117/2206>> Acesso em: 30 de novembro de 2016.
- SEBRAE. **MANUAL DE FERRAMENTAS DA QUALIDADE**. Atualizado em Agosto de 2005. Disponível em: <<http://www.dequi.eel.usp.br/~barcza/FerramentasDaQualidadeSEBRAE.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2016.
- SILVA, D.S.J.R.; DUARTE, L.R. Educação permanente em saúde. **Revista da faculdade de ciências médicas de Sorocaba**, v.17, n. 4, p. 104-105, 2015.
- SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. (Org.) **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes editora, 2014. 952 p.
- VASCONCELLOS, M. M.; GRIBEL, E. B.; MORAES, I. H.S. Registros em saúde: avaliação da qualidade do prontuário do paciente na atenção básica, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, n. 1, p. 173-82, 2008.
- VIDOR, A. C.; FISHER, P. D.; BORDIN, R. Utilização dos sistemas de informação em saúde em municípios gaúchos de pequeno porte. **Rev Saude Publica**. v. 45, n.1, p. 24-30, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v45n1/1399>> Acesso em: 01 de dezembro de 2016.



## DESAFIOS PARA EFETIVAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR NO CONTROLE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Alexandra do Nascimento Cassiano  
Giovanna Karinny Pereira Cruz  
Gleyce Any Freire de Lima  
Romeika Carla Ferreira de Sena  
Erika Simone Galvão Pinto  
Nilba Lima de Souza  
Marcos Antonio Ferreira Júnior  
Bertha Cruz Enders  
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda

### INTRODUÇÃO

Quando se adota o conceito ampliado de saúde, a participação social torna-se condição *sinequa non* para seu exercício pleno. Não se pode considerar saudável uma população alijada do processo de decisão sobre os rumos da saúde pública, por isso uma das bandeiras defendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária foi à institucionalização da participação (COELHO, 2012).

O envolvimento da população permite a esta se apropriar de sua saúde e conduz à formação da consciência sanitária que se estende às demais questões sociais. Nesse processo, alcançam amadurecimento político e ampliação da cidadania, essenciais ao desenvolvimento de uma sociedade justa e distante das tradicionais práticas opressivas de poder (COELHO, 2012).

Com pouco mais de duas décadas de construção, o processo institucionalizado de participação e controle social das políticas públicas de saúde já apresenta uma significativa experiência acumulada. Contudo, essa participação social decorrente dos processos de descentralização e redemocratização política, passa a ter seu desempenho associado a fatores socioculturais históricos. Esses fatores são percebidos no cotidiano dos conselhos como dificuldades relacionadas à fragilidade da vida associativa,



a impermeabilidade à participação e a defesa de interesses corporativos e clientelistas, respectivamente (COELHO, 2004; OLIVEIRA; IANNI; DALLARI, 2013).

Nessa perspectiva, este estudo se justifica diante da necessidade de identificar que fatores podem dificultar a efetivação da participação popular no controle social no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A identificação de tais fatores permitirá a discussão para tomada de decisão e implementação de medidas resolutivas para efetivação do controle social mediante a participação popular.

O estudo partiu da seguinte questão de pesquisa: Quais os fatores que influenciam a incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS?

A fim de responder tal questionamento, objetivou-se analisar os fatores que influenciam a incipiente participação popular no controle social no âmbito SUS, por meio do “Diagrama de Ishikawa”.

A utilização do diagrama para análise dos fatores que influenciam a incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS emergiu como proposta da disciplina Enfermagem na Vigilância a Saúde, ofertada no Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF), da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

Espera-se que os resultados desse estudo fomentem a organização e planejamento da participação popular no controle social, de modo que juntos representem uma ferramenta para vigilância, avaliação, planejamento, implementação e promoção das ações de saúde, como direito garantido a todos.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo (GIL, 2008) no qual, por meio do Diagrama de Ishikawa, foram analisados os fatores que influenciam a incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS.

O Diagrama de Ishikawa, também denominado de “Diagrama Espinha de Peixe” ou “Diagrama de Causa e Efeito” constitui-se como uma ferramenta para gestão de qualidade dos processos de trabalho, o qual permite a análise de problemas através das relações de causa e efeito, sendo este utilizado em diferentes

contextos, desde empresas até os serviços de saúde (FORNARI JUNIOR, 2010; ZANFERRARI et al., 2016).

A implementação do diagrama compreendeu a execução das seguintes etapas: 1) Determinação do problema (incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS); 2) Determinação das possíveis causas primárias (coesão social fragilizada; invisibilidade de espaços democráticos para atuação da participação popular; influência do modelo biomédico hegemônico; não garantia dos princípios e diretrizes do SUS) com suas respectivas causas secundárias; 3) Construção do diagrama com agrupamento hierárquico das causas (estrutura em “Espinha de Peixe”); 4) Análise e discussão das causas (apresentação do diagrama ao grupo de mestrados e doutorandos matriculados na disciplina de Vigilância a Saúde); e, por último, 4) Correção e/ou sugestões para resolução do problema, quando aplicável (elaboração do manuscrito com análise e discussão dos fatores) (FORNARI JUNIOR, 2010).

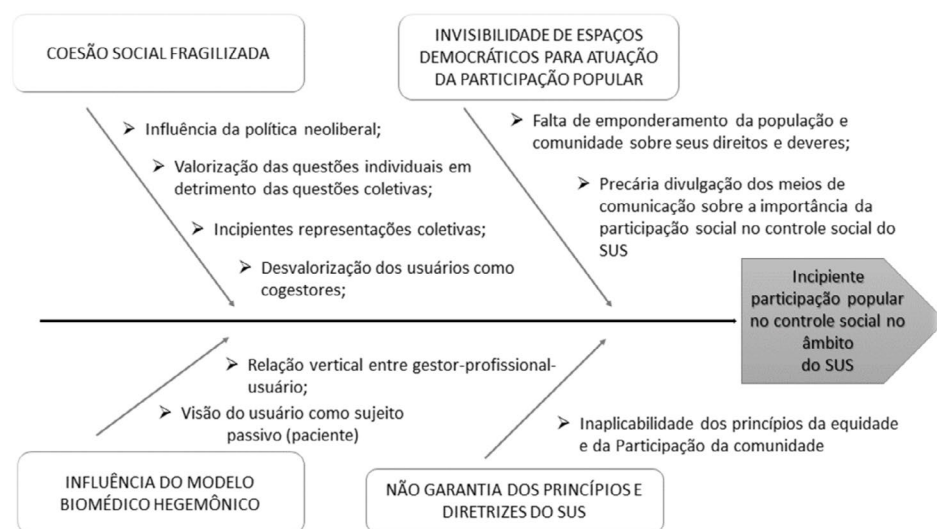
Ademais, para obtenção da literatura base para análise do tema, foram realizadas buscas nas bases de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e PUBMED, com uso dos seguintes descritores: Participação social, Sistema Único de Saúde e Enfermagem.

O estudo dispensa à apreciação de parecer ético em pesquisa, haja vista que este não envolve intervenções diretas com seres humanos.

## RESULTADOS

O Diagrama de Ishikawa apresentado na Figura 1 retrata os fatores que influenciam na incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS. No qual, foram identificadas quatro causas principais (ou causas primárias) e sete causas secundárias do problema, onde, estas últimas, se relacionam entre as causas principais e o desfecho (problema).

**Figura 1** – Adaptação do “Diagrama de Ishikawa” dos fatores que influenciam a incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS.



Fonte: Diagrama elaborado pelos autores. Natal, RN, Brasil, 2016.

Como primeira causa, destacou-se a coesão social fragilizada, tendo como causas secundárias: a influência da política neoliberal; a valorização das questões individuais em detrimento das questões coletivas; a incipiente representação coletiva no âmbito do SUS e a desvalorização do usuário como cogestor.

A segunda causa refere-se à invisibilidade de espaços democráticos para atuação da participação popular. A falta de emponderamento da população e da comunidade sobre seus direitos e deveres e a precária divulgação dos meios de comunicação sobre a importância da participação popular no controle social do SUS, compõem o segmento das causas secundárias.

A terceira causa relaciona-se com a influência do modelo biomédico hegemônico, e tem como causas secundárias, a percepção do usuário como sujeito passivo do seu processo saúde-doença; além da relação vertical entre usuário-profissional-gestor. Por fim, a quarta causa compreende a não garantia dos princípios do SUS, como representação da causa secundária de inaplicabilidade da equidade e da participação popular.

A interpretação e análise do “Diagrama de Ishikawa” dar-se de forma descritiva com a finalidade de permitir ao leitor melhor apreciação durante a discussão. A seguir, serão apresentadas as categorias de acordo com cada causa primária e suas respectivas causas secundárias.

## COESÃO SOCIAL FRAGILIZADA

A coesão social fragilizada caracterizou-se como umas das principais causas primárias elencada durante o processo de construção do “Diagrama de Ishikawa”, a qual influencia diretamente na incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS. Para tanto, faz-se necessário conceituar e ressaltar as demais causas, classificadas como secundárias relacionadas a este tema.

O conceito de coesão social relaciona-se intimamente com a dinâmica da vida social, expressa pela consciência coletiva de indivíduos e instituições, em busca de harmonia, solidariedade, concretização dos direitos e da integração social (MADEIRA, 1996). Dessa forma, a influência do sistema político neoliberal, a valorização das questões individuais em detrimento das questões coletivas e consequentemente as incipientes representações sociais, e principalmente a desvalorização do usuário como cogestor, dificultam o acesso e a participação da comunidade nos espaços públicos de direito, fragilizando o processo de coesão social.

No Brasil, a busca por coesão social e direito a saúde iniciou-se após muitas lutas, desde a década de 1970, com advento da reforma sanitária, a qual envolveu significativa participação dos movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes das mais diversas categorias sociais (GOHN, 2011).

Os movimentos democráticos reivindicavam, principalmente, a ampliação dos direitos de cidadania e de saúde às camadas sociais marginalizadas pelo processo histórico de acumulação do capital, influenciadas pelo retrocesso do neoliberalismo e da valorização das privatizações e da refilantropização dos serviços públicos, desresponsabilizando o Estado de suas funções (GOHN, 2011).

Neste contexto de lutas e vitórias, a Reforma Sanitária no Brasil, concretiza-se a partir da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual lança luzes não apenas à política de reforma setorial na área da saúde, mas também promove

reforma geral dos modos de vida da população, por meio da garantia dos direitos da universalidade, integralidade e equidade (PAIM, 2008; FERREIRA NETO; ARAÚJO, 2014).

Observa-se ao longo da história e da árdua trajetória que compreende a implantação do SUS que, apesar dos mais variados serviços destinados a toda população, o neoliberalismo continua orientando a participação do setor privado na atenção à saúde no Brasil, o que aumenta as iniquidades sociais e sedimenta a estrutura capitalista da prestação de serviço e consumo de bens em saúde, reafirmando a valorização das questões sociais em detrimento das questões coletivas (CAMPOS; VIANNA; SOARES, 2015).

Ressalta-se que dentre os princípios e diretrizes que norteiam o saber-fazer saúde no SUS, a participação popular e o controle social, destacam-se como de grande relevância sociopolítica, baseados da coesão social, por meio do fortalecimento das representações coletivas nos espaços públicos, em busca da garantia de direitos instituídos pela Constituição Federal 1988, e as leis orgânicas do SUS, 8080/90 e 7508/90 (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

No entanto, identifica-se nos serviços públicos uma grande dificuldade entre os profissionais e a comunidade, no tocante ao incentivo a participação popular, para que possam ser discutidas questões de cunho coletivo e de melhorias de qualidade de vida e de saúde. Verifica-se a existência de um novo paradigma dos movimentos sociais modernos, posicionado contra ao corte teórico de análise da lógica da ação coletiva, apoiado na individualidade humana e em interesses próprios (DÚRAN; GERSCHMAN, 2014).

Sorrato, Witt e Faria (2010) corroboram com a afirmação supracitada, ao elucidar em seu estudo que, a ação coletiva não se constitui como movimento social, apesar da legislação reafirmar o compromisso social, através da participação da população em conselhos e conferências, há um discurso reclamatório de indignação individual, que contrapõe e enfraquece a participação coletiva em caráter de militância, principalmente, na detecção, priorização e solução dos problemas estruturais e organizacionais dos serviços de saúde.

O ato de militar, com vistas a fortalecer o controle social autônomo, paritário, democrático e deliberativo é direito garantido e legitimado, que coloca os Conselhos de Saúde e mais espaços populares, como locais estratégicos de gestão

participativa para planejamento, pactuação, e estabelecimento de compromissos entre a gestão pública, os trabalhadores e os usuários, visando o desenvolvimento e a qualificação dos serviços públicos, por meio da formulação de políticas públicas que atendam às necessidades da coletividade, produzindo impacto positivo na melhoria da qualidade de vida da população (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

## INVISIBILIDADE DE ESPAÇOS DEMOCRÁTICOS PARA ATUAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO POPULAR

A participação popular está relacionada diretamente com a ocupação de espaços democráticos, os quais acolham a comunidade e respeitem o discurso coletivo. Observa-se, principalmente, no âmbito na saúde, a desarticulação entre o legislativo, os serviços de saúde, o controle social e a participação popular. O Estado de direitos favorece apenas as classes mais altas, deixando os movimentos sociais organizados às margens das decisões públicas (COELHO, 2012).

Assim, esta invisibilidade de espaços democráticos para a atuação da participação popular fragiliza e inviabiliza a sensibilização da consciência coletiva, caracterizada, neste estudo, como a segunda causa primária do “Diagrama de Ishikawa”.

Independentemente da classe social que ocupam, os atores sociais possuem direitos iguais no tocante a participação, assim como na articulação e promoção de novos espaços que possam favorecer iniciativas políticas por parte de grupos sociais tradicionalmente sub representados (COELHO, 2012).

Para tanto, a sociedade possui o compromisso de esclarecer, empoderar e formar cidadãos conscientes e comprometidos com a coletividade. O desconhecimento das ações em saúde e a promoção da cidadania promovida pelo SUS tornam-se um grave problema, tendo em vista a repercussão negativa a partir da falta de fiscalização devido à privação e negação de seus direitos (SORRATO; WITT; FARIA, 2010). Logo, a falta de empoderamento da população e comunidade sobre seus direitos e deveres, assim como a precária divulgação dos meios de comunicação sobre a importância da participação social no controle social do SUS, caracteriza-se como causa secundária da incipiente participação popular no controle social no âmbito do SUS.

Neste contexto, há a necessidade de ampliar os espaços de divulgação e meios de comunicação sobre a importância da participação social no fortalecimento do controle social do SUS. A mídia, por sua vez, ao participar da esfera pública como entidades disseminadoras de informação e produtora de comunicação social, possui a incumbência de informar para politizar os sujeitos e estimulá-los a inserir-se em espaços democráticos e de direito (FONSECA, 2011).

A responsabilidade dos meios de comunicação perante a construção permanente da democracia torna-se imprescindível. Os meios de comunicação possuem um papel minimamente público em meio ao universo privado e mercantilizado, ao qual pertencem. Para que as comunidades se apropriem da política do SUS e continuem na luta pela equidade social, faz-se necessário valorizar e utilizar-se das “sociedades informacionais”, as quais estimulam a criticidade e reflexão dos indivíduos e coletividade diante das duas condições de saúde e de vida (FONSECA, 2011).

## INFLUÊNCIA DO MODELO BIOMÉDICO HEGEMÔNICO

A influência do Modelo Biomédico Hegemônico encontra-se representado no “Diagrama de Ishikawa”, como uma causa terciária a qual corrobora com a relação entre as causas subsequentes representadas no diagrama como: percepção do usuário como sujeito passivo do seu processo saúde-doença; além da relação vertical entre usuário-profissional-gestor.

Entende-se por modelo assistencial, o modo como as ações de saúde são organizadas em uma determinada sociedade. Para isso, estão envolvidos como atores desse processo: os profissionais de saúde que são os recursos humanos e as tecnologias utilizadas por eles, que são as ferramentas para solucionar os problemas de saúde dos indivíduos. Esses recursos sejam eles humanos ou tecnológicos envolvem a resolutividade de problemas relacionados ao processo saúde-doença que se adequam a situação de cada época.

Nesse sentido, vale destacar, a compreensão de Merhy frente à descrição de modelos de atenção à saúde, segundo o autor: corresponde ao modo de se construir a gestão de processos políticos, organizacionais e de trabalho que estejam comprometidos no ato de cuidar do indivíduo ou do coletivo (MERHY, 2002). A

afirmação de Merhy corrobora com a causa secundária apresentada no diagrama, sobre a necessidade de uma relação vertical entre usuário-profissional-gestor.

A partir dessa afirmação, busca-se identificar as relações existentes entre usuários, profissionais de saúde e gestores no intuito de compreender como se dar essa relação que envolve uma readaptação a cada contexto de saúde, conforme as particularidades de cada época sejam elas, políticas, organizacionais ou de trabalho. Por muito tempo a predominância do modelo Biomédico prevaleceu sob um olhar hegemônico direcionado apenas, ao corpo, enquanto um processo patológico, situação em que a medicina estava voltada a assistência da doença, centrado no hospital e nas especialidades médicas.

Em 1975 através da definição do Sistema Nacional de Saúde, diante do aparecimento de perfis de saúde envolvendo: doenças crônicas, neoplasias, violência, se estabelecia uma nova conduta de enfrentamento das necessidades de saúde, em reflexo ao acelerado processo de urbanização. Diante do surgimento de novos perfis de saúde, se exigia, portanto, a inserção de novas condutas, e readaptações que envolvesse profissionais de saúde e gestores era uma realidade não só do Brasil, mais em outros países do mundo (ANDRADE; NARVAI, 2013).

O SUS como modelo de atenção, constitui um marco decisório nas ações de saúde desenvolvidas na época, porém somente a partir da 8ª Conferência de Saúde, em 1986 foi que se constataram de forma oficial as desigualdades no acesso aos serviços de saúde. O enfrentamento para novas abordagens de saúde, que pudessem combinar técnicas e tecnologias para solucionar problemas e resolver as necessidades da população, exigia um novo delineamento do modelo de atenção à saúde, que aproximasse a participação dos usuários e diminuísse o distanciamento entre indivíduos, profissionais de saúde e gestores (ANDRADE; NARVAI, 2013).

Mediante um contexto de transformações sociais, o surgimento do SUS, possibilitou aos cidadãos a ampliação da assistência à saúde para a coletividade e permitiu um novo olhar diante das práticas assistências até então utilizadas. As ações estavam norteadas por princípios e diretrizes: universalidade que garantia acesso aos serviços de saúde, integralidade da assistência, equidade mediante a descentralização político e administrativa e ainda influência da participação da comunidade (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Percebe-se no diagrama, a percepção do usuário como sujeito passivo do seu processo saúde-doença; dessa forma, a inserção de um novo paradigma social, intensificou a participação popular e o controle social em saúde, frente ao direcionamento da diretriz de equidade, destacou-se como relevante, pois propiciou o engajamento da população na participação de processos decisórios diante das políticas públicas garantindo a atuação do controle social e atuação de uma força popular política.

Vale destacar ainda, que as redes regionalizadas e integradas do SUS são essenciais para garantia da atenção à saúde, essas redes garantem a adequação da efetividade e sistematizam a redução de custos de serviços na utilização de recursos. Esses mecanismos devem ser acompanhados pela população, uma vez que a integralidade deve ocorrer em um sentido vertical, entre gestores, profissionais e usuários de forma a beneficiá-los (SILVA, 2011).

A participação social permite a transformação do usuário de um sujeito passivo, para um sujeito ativo, uma vez que possibilita sua atuação em um eixo de integralidade. A visão do usuário como sujeito passivo, ainda é reflexo do Modelo Biomédico hegemônico, tendo sido um enfrentamento e uma mudança de paradigma por parte dos usuários do Sistema Único de Saúde. A relação existente entre os usuários, profissionais de saúde, deve ser vertical, não favorecendo a hierarquização no processo-saúde-doença, de forma que usuário se sinta protagonista nesse processo.

Nesse contexto, enfatiza-se a participação da comunidade no cotidiano dos serviços de saúde, de forma que se priorize a participação e o planejamento do enfrentamento de problemas. Através do incentivo e garantia de ações de participação popular. Alguns espaços do SUS são destacados, por possibilitarem o exercício popular através de espaços institucionalizados e de caráter jurídico, que envolve desde audiências públicas que garantam a participação ativa em audiência da sociedade, de usuários e de trabalhadores sociais (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

A transformação social faz parte de conquistas de ações sociais arraigadas à história da política de saúde brasileira. Marcada por lutas, e conquistas, o processo de controle social, tem possibilitado cada vez mais a atuação dos usuários e o destaque as suas ações que ainda enfrenta alguns desafios, dentre eles, em algumas

regiões a não garantia dos princípios e diretrizes do SUS favorecem a passividade da participação da comunidade.

## NÃO GARANTIA DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Vale destacar ainda que o “Diagrama de Ishikawa” dentre suas causas secundárias, apresenta a inaplicabilidade dos princípios da equidade e da participação da comunidade. Nesse sentido os princípios dos SUS, são mecanismos que respaldam a conduta da participação da comunidade, consiste ainda, no enfrentamento de desafios que inviabilizam a inaplicabilidade dos princípios da equidade que minimizam a força da participação social. Essa problemática prejudica a garantia à equidade, uma vez que desfavorece o processo: universalidade, integralidade, equidade em seu caráter ideológico e doutrinário, pois atuam diretamente no controle social, que precisa da descentralização, regionalização e hierarquização como mecanismos organizacionais.

A universalidade é o direito de todos os indivíduos terem acesso à assistência, independentemente de cor, raça, religião, ou local de moradia e etc. A integralidade consiste em ações de saúde combinadas para prevenção e a cura, deve-se atender o indivíduo como um ser humano integral que pode adoecer e morrer. Já a equidade deve garantir que os serviços de saúde estejam atentos para desigualdades existentes, com o objetivo de ajustar as suas ações às necessidades de cada indivíduo (TEIXEIRA, 2011).

Quanto aos princípios organizacionais, está à descentralização que consiste na redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo. Quanto à regionalização orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde. Vale ressaltar o papel do controle social que possibilita que a população, através de seus representantes, defina, acompanhe e fiscalize a execução da política de saúde. As duas formas de participação da comunidade na gestão do SUS sejam através das Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde. A participação possibilita a população interferir na gestão da saúde, colocando as ações na direção dos interesses coletivos (TEIXEIRA, 2011).

Além do Modelo Biomédico, outro fator determinante na atuação da participação social, diz respeito a não garantia dos princípios e diretrizes do SUS.



Dessa forma a aplicabilidade dos princípios e diretrizes do sistema, é um ponto crucial que favorece a atuação da população na participação da comunidade. Vale destacar o controle social como forma de garantir serviços de qualidade. Nesse sentido um estudo realizado com gestores sobre a participação social, apontou o planejamento e a avaliação como importantes ferramentas de gestão. O destaque para o estudo, estar o desafio de propiciar sistemas de ouvidoria que possam garantir a avaliação da gestão através do fortalecimento do controle social (LORENZETTI et al., 2014).

Os desafios para a participação ativa do controle social no SUS pode estar relacionado com a necessidade de se incluir ferramentas que viabilizem as lacunas existentes entre as diretrizes do SUS, assim como a percepção da aproximação da população cada vez mais incessante nos espaços de luta e participação social a fim de aproximar, usuários, profissionais e gestores de saúde. Para se fazer uma saúde mais equânime e integral, onde o controle social, possa ter vez e voz e possa atuar em pró-da comunidade, seja na avaliação dos serviços de saúde, a fim de fortalecer o controle social.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos são os fatores que influenciam a incipiente participação popular no controle social do SUS. Por meio do “Diagrama de Ishikawa” foi possível identificar variáveis que incluem desde questões relacionadas à coesão social da população brasileira, a persistente invisibilidade dos espaços democráticos de participação, até a insistente hegemonia do modelo biomédico e a própria não efetivação dos princípios doutrinários que competem à participação popular. Na mesma medida, muitos são os desafios a serem enfrentados, uma vez que a existência de políticas e da legislação pertinente, não tem sido suficiente para garantir a efetivação da participação da população no controle social.

Tal anseio depende não apenas do arcabouço institucional e legal, mas também, e principalmente, da postura de gestores e profissionais que atuam no SUS, bem como, do resgate da autonomia dos usuários enquanto cidadãos e do estímulo ao empoderamento dos mesmos.

O presente estudo não esgota as discussões e reflexões acerca do tema, tendo em vista a complexidade que envolve a temática. Portanto, sugere-se a possibilidade

de que cada uma das causas primárias e suas consequentes causas secundárias sejam objeto de estudo de outras pesquisas para que a discussão seja aprofundada.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F. R.; NARVAI, P. C. Inquéritos populacionais como Instrumentos de gestão e os modelos de atenção à saúde. *Revista Saúde Pública*. v. 47, n. 3, p.154-60, 2013. Disponível em: < Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240212018>>. Acesso em: 2 dez. 2016.
- COELHO J. S. Construindo a Participação Social no SUS: um constante repensar em busca de equidade e transformação. *Saúde e Sociedade USP*, v.21, supl.1, p.138-151, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v21s1/12.pdf>>. Acesso em 05 dez 2016.
- DURÁN, P. R. F.; GERSCHMAN, S. Desafios da participação social nos conselhos de saúde. *Saúde e Sociedade USP*, v.23, n.3, p.884-896, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0884.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2016.
- FERREIRA NETO, J. L.; ARAÚJO, J. N.G. gestão e subjetividade no sus: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicologia & Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 675-684, 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n3/a16v26n3.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2016.
- FONSECA, F. Mídia, poder e democracia: teoria e práxis dos meios de comunicação. *Revista Brasileira de Ciência Política*, n. 6, P. 41-69, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbcpol/n6/n6a03.pdf>>. Acesso em: 06 dez 2016.
- FORNARI JUNIOR, C. C. M. Aplicação da Ferramenta da Qualidade (Diagrama de Ishikawa) e do PDCA no Desenvolvimento de Pesquisa para a reutilização dos Resíduos Sólidos de Coco Verde. *Inovação, Gestão e Produção*, v. 02, n. 09, 2010www.ingepro.com.br. Available from: <[http://www.ingepro.com.br/Publ\\_2010/Set/307-836-1-PB.pdf](http://www.ingepro.com.br/Publ_2010/Set/307-836-1-PB.pdf)>. access on 03 Dec. 2016.
- FORNARI JUNIOR, C. C. M. Aplicação da Ferramenta da Qualidade (Diagrama de Ishikawa) e do PDCA no Desenvolvimento de Pesquisa para a reutilização dos Resíduos Sólidos de Coco Verde. *Inovação, Gestão e Produção*, v. 02, n. 09, 2010www.ingepro.com.br. Available from: <[http://www.ingepro.com.br/Publ\\_2010/Set/307-836-1-PB.pdf](http://www.ingepro.com.br/Publ_2010/Set/307-836-1-PB.pdf)>. access on 03 Dec. 2016.
- GIL, A. Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, v. 16 n. 47, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v16n47/v16n47a05.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2016.
- LORENZETTI, J. LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L.F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. *Revista texto contexto em enfermagem*. v.32, n.2, p.417-25, 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt\\_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00417.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2016.
- MADEIRA, M. J. R. Coesão Social e Ação Social. Lisboa: Ed. Direção-Geral da Acção Social, 1996 p.14. Disponível em:<[http://www.seg-social.pt/documents/10152/51814/Coesao\\_social\\_accao\\_social/f96c2efc-7ada-4766-a195-18e74b27c780](http://www.seg-social.pt/documents/10152/51814/Coesao_social_accao_social/f96c2efc-7ada-4766-a195-18e74b27c780)>. Acesso em: 05 dez 2016.



MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

ROLIM, L. B. CRUZ, R. S. B. L. C.; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate, v. 37, n. 96, p. 139-147, 2013. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf)>.

Acesso em: 05 dez 2016.

SILVA, F. S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n.6, p. 2753-2762, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/14.pdf>>. Acesso em: 2 dez. 2016.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. PhysisRevista de Saúde Coletiva, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a09v20n4.pdf>>. Acesso em: 05 dez 2016.

TEIXEIRA, C. Os princípios do sistema único de saúde. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde: Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)>. Acesso em: 2 dez. 2016.

ZANFERRARI, P. M. et al. Desenvolvimento e aplicação de instrumento administrativo para orientação das pesquisas em telefonaudiologia. Rev. CEFAC, v. 18, n. 2, p. 459-469, Apr. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462016000200459&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000200459&lng=en&nrm=iso)>.access on 03 Dec. 2016.

## CAPÍTULO 6

### MUTICAUSALIDADE DA SUBNOTIFICAÇÃO DE ACIDENTES DE TRABALHO COM MATERIAL BIOLÓGICO PELA EQUIPE DE SAÚDE

Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício  
Dândara Nayara Azevêdo Dantas  
Deyla Moura Ramos Isoldi  
Emanuella de Castro Marcolino  
Karolina de Moura Manso da Rocha  
Erika Simone Galvão Pinto  
Nilba Lima de Souza  
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda  
Bertha Cruz Enders  
Richardson Augusto Rosendo da Silva

### INTRODUÇÃO

Acidente de trabalho é considerado como todo o incidente que ocorre durante o exercício da profissão, provocando lesões corporais ou alterações funcionais que possam levar à morte, à perda ou à diminuição passageira ou definitiva da produtividade do trabalhador no desempenho de suas funções profissionais acarretando prejuízos aos trabalhadores da saúde, instituições empregadoras e governamentais (LIMA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2011).

Os profissionais da saúde são expostos a diversos riscos ocupacionais, entre os quais, destacam-se a exposição à material biológico (JULIO; FILARDI; MARZIALE, 2014; GUSMÃO; OLIVEIRA; GAMAS, 2013), com sangue, fluidos orgânicos potencialmente infectante (sêmen, secreção vaginal, liquor, dentre outros) e potencialmente não infectante (suor, lágrima, fezes, urina e saliva) (SINAN, 2016).

Entre os profissionais da saúde, verifica-se que esses acidentes ocorrem preponderantemente nos trabalhadores da enfermagem (49,57%), seguido de estudantes (19,13%), médicos (9,57%) e cirurgião dentista (8,7%). Ademais, destaca-se que dentre a exposição biológica nos profissionais da equipe de

enfermagem, os técnicos de enfermagem são mais expostos (38,26%), seguidos do auxiliar de enfermagem (7,83%) e enfermeiro (3,48%) (VIEIRA; PADILHA; PINHEIRO, 2011).

Estudos apontam que essa exposição pode ocorrer devido às peculiaridades dos procedimentos realizados no ambiente hospitalar e as condições em que o trabalho é executado que predispõe a alta frequência de contato com sangue e outros fluidos orgânicos, além da manipulação de objetos perfurocortantes (JULIO; FILARDI; MARZIALE, 2014; GUSMÃO; OLIVEIRA; GAMAS, 2013).

Além disso, diversos fatores podem contribuir para ocorrência desse tipo de acidente de trabalho, como o número insuficiente de trabalhadores, a sobrecarga de trabalho, jornadas fatigantes, desgaste físico e emocional, capacitação técnica deficiente, falta de atenção, excesso de confiança, utilização de materiais inadequados, estresse e a não adoção das medidas de precauções padrão (SOARES et al., 2013).

No caso de um acidente com algum material biológico, preconiza-se como conduta aos profissionais expostos, a notificação em uma ficha própria, padronizada pelo Ministério da Saúde, a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), bem como o atendimento em serviço especializado (ALVES et al., 2013).

No contexto da atenção à saúde, verifica-se, entretanto, um quantitativo muito grande de casos de subnotificação de acidentes com materiais biológicos (ALVES et al., 2013; NETO; ALEXANDRE; SOUSA, 2014; GUSMÃO; OLIVEIRA; GAMAS, 2013; LUIZE et al., 2015). Esse fenômeno pode, portanto, dificultar o estabelecimento de estratégias de prevenção da ocorrência desses acidentes de trabalho, assim como, acarretar prejuízos a saúde do profissional e benefícios trabalhistas (SANTOS; REIS, 2016).

Desse modo, questiona-se: quais as causas da subnotificação de acidentes de trabalho na equipe de saúde? Para responder esse questionamento objetiva-se com o presente estudo identificar as possíveis causas de subnotificação de acidentes com material biológico pela equipe de saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo reflexivo. Utilizou-se como aporte metodológico para seu desenvolvimento, o **diagrama de Ishikawa**, também conhecido como diagrama de causa e efeito ou espinha de peixe, criado em 1943 por Kaoru Ishikawa, um engenheiro japonês, para tentar explicar as causas de um problema que surgiu em uma empresa de motocicletas. É considerada uma ferramenta que representa de forma simples e sistemática uma lista de apreciações e opiniões sobre possíveis causas e fatores que possam estar ocasionando um determinado problema ou efeito (ROQUE, 2015).

Para construção do Diagrama seguiu-se as seguintes etapas, fundamentadas em Roque (2015):

Definição do problema de forma clara e objetiva:

Em uma aula da disciplina discutiu-se, em um grupo composto por cinco pós-graduandas, alguns problemas que permeiam a área de vigilância em saúde do trabalhador da área da saúde. Dentre esses problemas definiu-se como objeto de estudo a subnotificação de acidentes de trabalho na equipe de saúde.

Procura do maior número de possíveis causas para o problema.

Para essa fase, utilizou-se como técnica inicial, o Brainstorming ou tempestade de ideia, realizada em grupo de cinco pós-graduandas, o qual possibilitou a definição de algumas possíveis categorias e causas para o problema supracitado.

Construção do diagrama causa e efeito

Nessa fase, construiu-se uma proposta de diagrama, a qual constava o problema elencado à direita e definição de quatro categorias de fatores relacionados ao problema, bem como as causas mais frequentes dentro de cada categoria. Realizou-se a organização de toda a informação levantada e o estabelecimento das causas principais, secundárias, obedecendo à hierarquia das causas.

Análise do Diagrama Construído

A proposta do Diagrama foi discutida inicialmente em um grupo maior, com aproximadamente 30 pessoas, os quais discutiram o problema/tema e deram sugestões de reagrupamento de causas e renomeação de categorias. Em seguida, realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica, com a busca de artigos originais em bases de dados eletrônicas, periódicos da área de enfermagem, livros, teses e em dissertações que

confirmassem ou refutassem as causas idealizadas, como também elencassem outras causas para o problema da subnotificação de acidentes de trabalho na equipe de saúde.

Após essa fase, os conteúdos específicos das obras bibliográficas identificadas foram agrupados e sintetizados em quatro categorias axiais, que, em conjunto representam o contexto global que permeia essa subnotificação, os quais serão apresentados no diagrama de Ishikawa que foi construído para representar a multicausalidade desse problema de saúde do trabalhador.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da literatura científica explorada evidenciou-se grupos de causas para a subnotificação de acidentes por materiais biológicos. Pode-se destacar quatro agrupamentos de causas relacionadas a não notificação dos acidentes por materiais biológicos entre profissionais da saúde: aspectos individuais relativos aos profissionais de saúde, normativos, institucionais e relacionados à exposição que podem ser observados no quadro síntese abaixo (QUADRO 1).

**Quadro 1** – Quadro síntese de principais causas relacionadas à subnotificação de acidentes por material biológicos na equipe de enfermagem e recomendações.

| Autores          | Ano  | Revista              | Causas                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Recomendações                                                                                      |
|------------------|------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Donatelli et al. | 2015 | Saúde Soc. São Paulo | Medo por ação negligente                                                                                                                                                                                                                                                                    | Necessidade de reformulação e o repensar de conceitos, práticas e políticas de gestão no hospital. |
| Ferreira et al.  | 2015 | Ciencia y Enfermeria | Acidente de baixo risco; Conhecimento do paciente fonte; Demora no procedimento de notificação; Desconhecimento sobre o processo de notificação; Medo da chefia; Falta de tempo; Burocracia; Subestimação do risco; Insatisfação com investigações do funcionário após este ter notificado. | Elaborar, implementar e posteriormente avaliar estratégias preventivas, educacionais e corretivas. |

|                        |      |                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                      |
|------------------------|------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Almeida et al.         | 2015 | Rev esc enferm USP                      | Identificação do paciente-fonte; Baixo risco de exposição.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Conscientização de profissionais da importância do seguimento clínico.                                                               |
| Martins et al.         | 2014 | Ciencia & Trabajo                       | Falta de conhecimento sobre o risco de contaminação; Falta de informação sobre a necessidade do registro; Crença que a severidade do acidente com material biológico é pequena.                                                                                                                                                            | --                                                                                                                                   |
| Machi Junior et al.    | 2014 | Journal of Human Growth and Development | Pouca importância dada as pequenas lesões; Falta de unidades estruturadas para este atendimento específico; Ausência de programa que sensibilize os profissionais de saúde;                                                                                                                                                                | Elaborar e implementar um programa de educação continuada esclarecendo os profissionais de saúde sobre a importância da notificação. |
| Gusmão, Oliveira, Gama | 2013 | Cogitare Enfermagem                     | Medo dos resultados dos exames; Desconhecimento sobre o fluxo de notificação; Baixo risco de contaminação; Procedimento considerado desnecessário; Burocracia;<br><br>Falta de informação; Medo do resultado; Falta de tempo.                                                                                                              | Conscientização e orientação ao profissional acidentado                                                                              |
| Alves et al.           | 2013 | Rev. Eletr. Enf.                        | Paciente fonte HIV negativo; Acidente sem risco de contaminação; O paciente não apresenta uma ameaça infecciosa; Excesso de burocracia; Desconhecimento sobre os procedimentos a serem realizados; Considera o tipo de exposição como não acidente; Estar muito ocupado no momento do acidente ou alegar impedimentos para deixar o setor. | Educação Permanente;<br><br>Gestão preparada para estimular a notificação dos acidentes.                                             |

|                           |      |                                         |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                      |
|---------------------------|------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Galdino, Santana, Ferrite | 2012 | Caderno de Saúde Pública                | Dificuldade no procedimento de notificação; Limitada capacitação dos funcionários para a notificação.                                                                                            | Capacitação dos gestores para compreender a importância da notificação dos acidentes com material biológicos                                         |
| Oliveira, Gonçalves       | 2010 | Revista da Escola de Enfermagem da USP  | Consideração do acidente como irrelevante; Desconhecimento do protocolo de notificação; Sobrecarga de trabalho.                                                                                  | Implantação de protocolos pós-acidentes para diminuir subnotificação;<br><br>Vigilância epidemiológica continua e ativa dos acidentes ocupacionais.  |
| Silva et al.              | 2011 | Revista Brasileira de Saúde Ocupacional | Falta de organização na utilização dos formulários e dos fluxos de encaminhamento; Medo de perder o emprego ou cargo;                                                                            | Implantar medidas de conscientização sobre a saúde do trabalhador;<br><br>Educação permanente;<br><br>Reestruturação dos formulários de notificação. |
| Santos, Reis              | 2016 | Rev Enferm UFPE online.                 | Não conhecimento do fluxo pós acidente; Não conhecimento da necessidade da notificação; Sorologia negativa do acidente; Excesso de burocracia; Desinteresse do profissional de saúde acidentado. | Incentivar a notificação em casos de acidente com material biológico.                                                                                |

Fonte: Dados da pesquisa

### Aspectos individuais

A sobrecarga de trabalho constitui uma causa relevante no contexto da subnotificação, uma vez que pesquisas evidenciam menor chance de não notificação de acidentes entre os profissionais que possuem menor carga horária de trabalho (FACCHIN, 2013).

O medo do desemprego está correlacionado ao exercício de atividades profissionais com falta de atenção, pressa ou descuido e ainda a culpabilidade que sente em relação a esse evento (SANTO; REIS, 2016; MARZIALE, 2003).

Diante dos sentimentos que envolvem o medo encontra-se a exposição do profissional gerando a insatisfação com investigações do funcionário após este ter notificado, dentre a dimensão particular e singular, muitas vezes estes aspectos superam a conscientização e preocupação com a saúde (GESSNER et al., 2013).

O resultado referente à falta de percepção e identificação do acidente ocorrido corrobora com pesquisa realizada em Belo Horizonte com a equipe assistencial multiprofissional (GONÇALVES, 2007) e ainda com estudo realizado em Barretos-SP com profissionais de enfermagem que revelou esta causa em 72,1% das subnotificações existentes (LUIZE et al., 2015). Este motivo de subnotificação pode ser fortemente influenciado pelo conhecimento do profissional sobre o acidente ocorrido, sendo o treinamento e a educação continuada uma estratégia fundamental para evitar estimativas do próprio risco.

Um fato importante da subnotificação é o número de acidentes anteriores, quanto maior o quantitativo de acidentes de trabalho anteriormente, maior é a chance de subnotificação, demonstrando subestimação do risco e a autoconfiança excessiva (VOIDE et al., 2012).

A confiança excessiva encontra-se na repetição cotidiana de procedimentos que envolvem material biológico favorecendo a diminuição da percepção dos riscos pelos profissionais (RIBEIRO et al., 2010).

A subestimação do risco tem sido apontada em estudos como um fator determinante da não notificação de um acidente biológico pelo profissional de saúde, justificado pelo fato de considerar que a ocorrência não representa uma ameaça infecciosa (LUIZE et al., 2015; KESSLER et al., 2011; GERSHON et al., 2009).

Quanto a fragilidade de conhecimento profissional sobre a notificação de acidentes encontrada nos artigos 2, 6, 7 e 8 do Quadro 1, estudo revela este episódio como um dos principais motivos da subnotificação (ASKARIAN et al., 2012).

Tais aspectos estão intrinsecamente relacionados à falta de conhecimento sobre o processo de notificação, conforme elencado no artigo 7 do Quadro 1 e

mentionado em estudo com profissionais de enfermagem em 2009 (FACCHINI, 2009). Considera-se que uma educação mais rigorosa acerca dos riscos de uma exposição ocupacional seria um método apropriado para minimizar as taxas de subnotificação (KESSLER et al., 2011).

### Aspectos relativos à exposição

O ambiente hospitalar é considerado um local insalubre devido aos diversos riscos que os profissionais estão expostos diariamente. Entre os riscos identificados destacam-se os físicos, ergonômicos, químicos e biológico que podem ocasionar um acidente de trabalho (SANTOS; REIS, 2016).

Segundo a literatura, a maior subnotificação dos acidentes é por material biológico. Dentre os motivos que justificam estão o baixo risco de contaminação, paciente fonte com sorologia negativa e o tipo de exposição (ALVES et al., 2013).

De acordo com os autores, os acidentes de trabalho decorrentes de material biológico é uma constante, principalmente pelo contato direto ou indireto com sangue e secreções corpóreas, durante a prestação do cuidado. O contato com os fluidos pode acontecer a partir de lesões por perfuro-cortante, com mucosa (olhos, nariz, boca) ou em lesões pré-existentes no corpo do profissional (DONATELLI et al., 2015).

Os autores afirmam que a autoavaliação do acidente e risco de contaminação pelo profissional acidentado é uma problemática que merece atenção, pois é atribuído pouco ou nenhum valor ao acidente por achar que o paciente fonte não representa ameaça infecciosa (ALVES et al., 2013).

O conhecimento da sorologia negativa do paciente fonte, também, é um dos motivos mais frequentemente alegado pelos profissionais para a subnotificação. A ausência de contaminação faz o profissional acreditar em não existência de riscos e não necessidade de notificação do acidente (ALVES et al., 2013).

### Aspectos institucionais

Entre os elementos institucionais, o excesso de burocracia, apresenta-se com maior evidência nos estudos analisados (ALVES et al., 2013; GALDINO; SANTANA;

FERRITE, 2012), sendo um dos principais argumentos dos profissionais de saúde para justificar a subnotificação dos acidentes com material biológico sofridos.

O estudo de Ferreira (2012) evidenciou a burocracia como o segundo fator mais citado para a subnotificação, já a revisão integrativa de Prochnow et al. (2011) encontrou a burocracia como o motivo mais citado entre os artigos revisados para a subnotificação dos acidentes com material biológico; confirmando estes achados Alves et al. (2013) demonstra em seu estudo que a insatisfação com a burocracia ao preencher diversos formulários e o tempo despendido para o processo de notificação podem desmotivar o profissional da saúde a realizar a notificação do acidente.

O estudo de Machi Junior et al. (2014) ressaltou a falta de unidades estruturadas com serviço especializado para garantir atendimento aos profissionais de saúde acidentados com material biológicos como umas das causas importantes para a subnotificação. Ferreira et al. (2015) corroborando com esta perspectiva ainda complementa que o atendimento especializado deve fazer parte do processo pós-exposição, o que o caracteriza como essencial, à medida que constitui o serviço com a capacidade de avaliar a gravidade do acidente.

Quando o acidente com material biológico ocorre com material contaminado com sangue ou fluidos corpóreos de paciente-fonte conhecido HIV positivo ou desconhecido a intervenção com base na quimioprofilaxia deve acontecer em até duas horas pós evento; portanto, para que seja oferecido um atendimento adequado a este profissional é necessário um serviço o mais próximo do local de origem do acidente, destaca-se assim a importância de cada unidade de serviço possuir um programa de atendimento instituído para minimizar o tempo entre o momento do acidente e o atendimento especializado (LOPES et al., 2004).

Outro aspecto relevante à instituição de serviços especializados nas unidades de saúde se refere ao período de funcionamento desses serviços; uma das características desses serviços se baseia no funcionamento em horário comercial o que se torna um entrave a notificação dos acidentes com material biológico quando associado a outros fatores como jornadas de trabalho extensas, regime de plantão o que dificulta o acesso do profissional a esses serviços durante esse horário limitado de prestação de serviço.

Nesse sentido, as instituições precisam de programas, protocolos e normatizações que regulamentem a estrutura e o fluxo desses profissionais diante



de um acidente por material biológico. A fragilidade de protocolos de notificação e a falta de estruturação de formulários específicos e o fluxo de encaminhamento foram citados, respectivamente, nos estudos de Silva et al. (2011) e Santos e Reis (2016) como elementos influenciadores no processo de subnotificação.

Prochnow et al. (2011) salienta a importância de protocolos institucionais para conduzir o processo de notificação dos casos de acidente com material biológico, sendo este instrumento fundamental para estabelecer a sistemática de atendimento, desse modo quando há fragilidades ou mesmo ausência dos mesmos forma-se uma lacuna que facilita a subnotificação.

Em decorrência da fragilidade dos protocolos, o fluxo de encaminhamento do profissional da saúde não constitui-se normatizado, o que interfere diretamente na orientação destes profissionais. Spagnuolo, Baldo e Guerrini (2008) exibe o estabelecimento de um fluxograma de atendimento na condução dos acidentes com material biológico como uma ferramenta de minimização da subnotificação em consequência a orientação e direcionamento aos profissionais.

Outro aspecto de influência direta no evento da subnotificação compreende a fragilidade dos programas institucionais de sensibilização dos profissionais da saúde quanto à necessidade da notificação dos acidentes com material biológico. No Brasil, estima-se números maiores de subnotificação em comparação com outros países associados a poucas unidades de estruturadas para atendimento e notificação de acidentes profissionais com material biológico, bem como poucos programas de educação em serviço com o objetivo de sensibilizar estes profissionais quanto a importância da notificação e o acompanhamento dos casos (SOUZA, 2012).

Machi Junior et al. (2014) evidencia a sensibilização para a mudança de comportamento tanto dos trabalhadores como dos gestores, considerando que ações isoladas mostram-se de menor eficácia para a minimização de tal evento. Nesse sentido, se faz necessária uma articulação de gestão e trabalhadores em uma relação mútua de compromisso em prol da notificação dos acidentes, na qual os gestores devem oferecer o suporte institucional e de sensibilização dos trabalhadores por meio de capacitações e orientações e os profissionais precisam aderir aos protocolos, fluxos e orientações fornecidos pela gestão.

## Aspectos normativos

Dentre os estudos encontrados destaca-se também os aspectos normativos relacionados à subnotificação de acidentes por materiais biológicos entre os profissionais da saúde, compreendendo-se esses aspectos como os relativos a normatizações dentro dos serviços institucionais, bem como normatizações intersetoriais, sendo estes elementos importantes condutores dos profissionais diante do acidente com material biológico.

Os profissionais de saúde referem dificuldade de acesso aos serviços especializados quando procurados, o que produz demora no atendimento e na concretização do fluxo pós acidente recomendado (GESSNER et al., 2013). Assim, os trabalhadores alegam dificuldade de articulação entre as instituições e os serviços especializados sendo um dos fatores elencados como influenciadores na subnotificação.

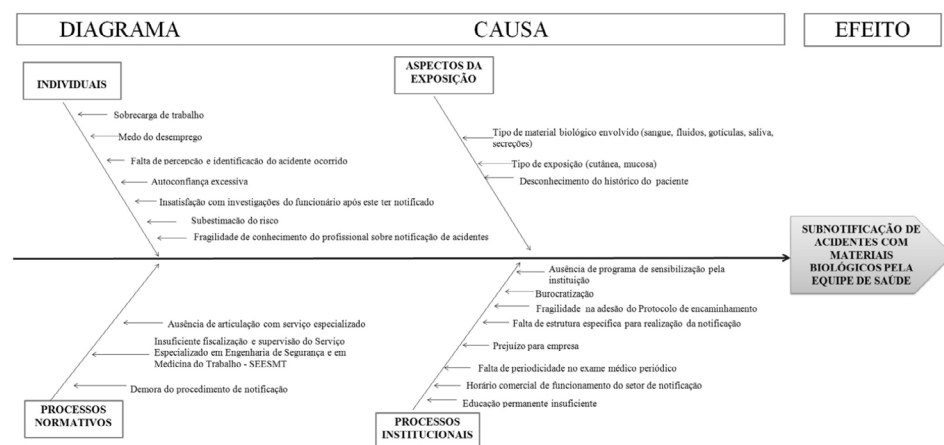
Para tanto algumas medidas podem ser tomadas para minimizar estes entraves, pode-se elencar a normatização e funcionamento das equipes de Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho promovendo a articulação entre as instituições de saúde e o serviço especializado de atendimento aos trabalhadores da saúde facilitando o acesso e o acolhimento desses trabalhadores pós acidente com material biológico (MACHI JUNIOR et al., 2014).

Essa articulação torna-se fundamental na concretização das notificações dos acidentes por material biológico, logo que trata-se de uma problemática que envolve diversos atores e fatores que contribuem para a não notificação, diante de uma problemática multicausal se faz necessário intervenções articuladas e produção de um fluxo de encaminhamento claro e prático contribuindo para a saúde dos trabalhadores e para a vigilância a saúde do trabalhador e epidemiológica.

Com base nas discussões supracitadas foi possível construir o Diagrama de Ishikawa a seguir (Figura 1) como produto consolidador das principais causas que produzem o evento da subnotificação de acidentes por material biológico entre os profissionais de saúde. Entende-se o Diagrama de Ishikawa como uma ferramenta que permite a visualização, em conjunto, das principais causas primárias e secundárias de uma problemática ampliando a

visão em relação a essas causas, o que consequentemente, enriquece a análise e a identificação de possíveis soluções.

**Figura 1** – Diagrama de Ishikawa para o fenômeno da subnotificação de acidentes com materiais biológicos pela equipe de saúde



Fonte: dados primários.

## CONCLUSÃO

O método para a construção do Diagrama de Ishikawa possibilitou a ampliação do olhar em relação aos fatores individuais, normativos, institucionais e de exposição que permeiam a subnotificação de acidentes por materiais biológicos pela equipe de saúde. Além disso, permitiu ilustrar de maneira organizada e sistemática as causas relacionadas a essa problemática.

Sugere-se o desenvolvimento de outros estudos que abordem de forma quantitativa as causas mais frequentes para o problema investigado, pois o presente estudo baseou-se em uma análise qualitativa das causas da subnotificação, o que constituiu uma limitação da presente investigação.

Por fim, acredita-se que a presente investigação avança no estado da arte do fenômeno, pois para além dos objetivos propostos, também sintetiza o conhecimento disponível na literatura acerca das principais causas da subnotificação de acidentes por materiais biológicos pela equipe de saúde, bem como as principais

recomendações, as quais podem auxiliar na construção de intervenções com o propósito de buscar diminuir a ocorrência do efeito estudado, neste estudo as ações de educação e conscientização aos profissionais de saúde ganharam destaque.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. M. et al. Clinical treatment adherence of health care workers and students exposed to potentially infectious biological material. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.49, n.2, p. 261-266, Apr. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n2/0080-6234-reeusp-49-02-0261.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016
- ALVES, A. P. et al. Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, Goiania, v.15, n.2, p.375-81, abr/jun 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18554>. Acesso em: 28 nov. 2016
- ASKARIAN, M. et al. Prevalence of needle stick injuries among dental, nursing and midwifery students in Shiraz, Iran. *GMS Krankenhaushygiene Interdisziplinär*, v.7, n.1, p.1-5, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3334953/>. Acesso em: 28 nov. 2016
- DONATELLI, S. et al. Acidente com material biológico: uma abordagem a partir da análise das atividades de trabalho. *Saúde Soc. São Paulo*, São Paulo, v.24, n.4, p.1257-1272, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n4/1984-0470-sausoc-24-04-01257.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2016
- FACCHINI, L.T. Subnotificação de acidentes com material biológico pela equipe de enfermagem: um estudo caso controle. 2013. 116p. Tese (Doutoramento em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013.
- FERREIRA, M. D. Subnotificação de acidentes com material biológico pelos profissionais de enfermagem de um hospital-escola do interior paulista. 2012. 96p. Dissertação (Mestrado em Ciências)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2012.
- FERREIRA, M. D. et al. Subnotificação de acidentes biológicos pela enfermagem de um hospital universitário. *Cienc. enferm.*, Concepción, v. 21, n. 2, p. 21-29, agosto 2015. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000200003&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 28 nov. 2016
- GALDINO, A.; SANTANA, V. S.; FERRITE, S. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 145-159, Jan. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000100015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100015&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 nov. 2016
- GERSHON, R.R. et al. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home health care sector. *Am. j. infect. control.*, St Louis, v.37,n.7,p.525-33,2009. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(08\)00869-9/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(08)00869-9/abstract). Acesso em: 28 nov. 2016
- GESSNER, R. et al. As notificações de acidentes de trabalho com material biológico em um hospital de ensino de Curitiba/PR. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 619-627, Dec. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000400009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000400009&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 nov. 2016

- GONÇALVES, J.A. Acidente de trabalho entre a equipe assistencial multiprofissional uma avaliação da subnotificação. 2007. 102p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Programa de Pós Graduação do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2007.
- GUSMÃO, G. S.; OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S. Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro. *Cogitare Enferm.*, Curitiba, v.18, n. 3, p.558-64, Jul/Set 2013. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/33572/21070>. Acesso em: 28 nov. 2016
- JULIO, R. S.; FILARDI, M. B. S.; MARZIALE, M. H. P. Acidentes de trabalho com material biológico ocorridos em municípios de Minas Gerais. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 67, n. 1, p. 119-126, Feb. 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672014000100119&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672014000100119&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 dez. 2016
- KESSLER, C.S. et al. Underreporting of blood and body fluid exposures among health care students and trainees in the acute care setting: a 2007 survey. *Am. j. infect. control.*, St Louis, v.39, n.2, p.129-34, 2011. Disponível em: [http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553\(10\)00809-6/abstract](http://www.ajicjournal.org/article/S0196-6553(10)00809-6/abstract). Acesso em: 05 dez. 2016
- LIMA, L. M.; OLIVEIRA, C. C.; RODRIGUES, K. M. R. Exposição ocupacional por material biológico no Hospital Santa Casa de Pelotas - 2004 a 2008. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 96-102, Mar. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452011000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2016
- LOPES, L. K. O. et al. Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas. *Rev. eletrônica enferm.*, Goiania, v.6, n.3, 2004. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd49/02original.pdf>. Acesso em: 03 dez. 2016
- LUIZE, P. B. et al. Condutas após exposição ocupacional a material biológico em um hospital especializado em oncologia. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 170-177, Mar. 2015. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-070720150001001170&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-070720150001001170&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2016
- MACHI JUNIOR, A. et al. Desfechos de acidentes de trabalho com exposição a agente biológico. *Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 249-254, 2014. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822014000300003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822014000300003&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 03 dez. 2016
- MARTINS, R. J. et al. Prevalência de Acidentes com Material Biológico em um Município do Noroeste de São Paulo, Brasil, no período de 2007 a 2011. *Cienc Trab.*, Santiago, v. 16, n. 50, p. 93-96, agosto 2014. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-24492014000200006&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-24492014000200006&lng=es&nrm=iso). Acesso em: 06 dez. 2016.
- MARZIALE, M. H. P. Subnotificação de acidentes com perfurocortantes na enfermagem. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 56, n. 2, p. 164-168, Apr. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672003000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 dez. 2016.
- NETO, J. P. S.; ALEXANDRE, S. M. B.; SOUSA, M. N. A. Acidentes de trabalho e subnotificações: estudo com enfermeiros atuantes na atenção terciária. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista*, v.7, n.2, p.219-231, jul./dez. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Windows/Desktop/327-1496-1-PB.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.
- OLIVEIRA, A. C.; GONÇALVES, J. A. Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um Centro Cirúrgico. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 482-487, June 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000200034&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200034&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 06 dez. 2016.
- PROCHNOW, A. et al. Perfil dos acidentes de trabalho publicados em estudos brasileiros. *Saúde (Santa Maria)*, Santa Maria, v.37, n.1, 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/2900>. Acesso em: 05 dez. 2016.
- RIBEIRO, L.C.M. et al. Influência da exposição a material biológico na adesão ao uso de equipamentos de proteção individual. *Ciênc. cuid. saúde*, Maringá, v.9, n.2, p.325-32, 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8282/6083>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- ROQUE, A. I. F. C. V. Segurança do doente em cuidados de saúde primários: aplicação do Diagrama de Ishikawa à análise de incidentes. 2015. 96p. Dissertação (II Mestrado em Segurança do Paciente)- Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa, 2015.
- SANTOS, P. H. S.; REIS, L. A. Subnotificação de acidentes de trabalho em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*, Recife, v.10, n.2, p.640-6, 2016. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8820/pdf\\_9632](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8820/pdf_9632). Acesso em: 28 nov. 2016
- SILVA, A. I. D. da et al. Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 36, n. 124, p. 265-273, Dec. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572011000200010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572011000200010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 nov. 2016.
- SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN). DRT Exposição a material biológico. Brasília, DF, 2016. Disponível em: [www.portalsinan.saude.gov.br/drt-exposicao-a-material-biologico](http://www.portalsinan.saude.gov.br/drt-exposicao-a-material-biologico)
- SOARES, L. G. et al. Multicausalidade nos acidentes de trabalho da Enfermagem com material biológico. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 66, n. 6, p. 854-859, Dec. 2013. Available from [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000600007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 29 nov. 2016.
- SOUZA, T. V. P. Implantação do fluxograma de conduta pós acidente com material biológico e perfurocortante nas Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ubá. 2012. 13p. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Atualização)- Gestão das condições de trabalho e Saúde dos trabalhadores da Saúde, Ubá, 2012.
- SPAGNUOLO, R. S.; BALDO, R. C. S.; GUERRINI, I. A. Análise epidemiológica dos acidentes com material biológico registrados no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - Londrina-PR. *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v.11, n.2, p.315-323, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2008000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200013). Acesso em: 29 nov. 2016.
- VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. D. C. Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.19, n.2, p. [8 telas], mar-abr 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt\\_15.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_15.pdf). Acesso em: 28 nov. 2016
- VOIDE, C. et al. Underreporting of needlestick and sharps injuries among healthcare workers in a Swiss university Hospital. *Swiss Medical Weekly*, Basel, v.140, n.w13523, p.1-7, 2012. Disponível em: <http://www.smw.ch/content/smw-2012-13523/>. Acesso em: 06 dez. 2016

## **SOBRE AS ORGANIZADORAS**

### **Érika Simone Galvão Pinto**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

### **Nilba Lima de Souza**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente da mesma instituição. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

## **SOBRE OS AUTORES**

### **Alexandra do Nascimento Cassiano**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermeira Assistencial do Centro de Educação e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

### **Alexsandra Rodrigues Feijão**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

### **Allyne Fortes Vitor**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

### **Amanda Barbosa da Silva**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

### **Ana Beatriz Ferreira Vitorino**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

### **Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.



**Ana Paula Nunes de Lima Fernandes**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Anna Cláudia Freire de Araújo Patrício**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente do Centro Universitário de João Pessoa. João Pessoa, Paraíba, Brasil.

**Bertha Cruz Enders**

PhD Nursing pela Texas Womans University e Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Cintia Capistrano Teixeira Rocha**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermeira Assistencial da Casa de Saúde São Lucas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Cintia Galvão Queiroz**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Cristiane da Câmara Marques**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Dândara Nayara Azevêdo Dantas**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Deyla Moura Ramos Isoldi**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente da Faculdade Maurício de Nassau. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Eliabe Rodrigues de Medeiros**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Érika Simone Galvão Pinto**

Doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Emanuella de Castro Marcolino**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Fernando Hiago da Silva Duarte**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermeiro Assistencial da Casa de Saúde São Lucas. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Francisco Arnoldo Nunes de Miranda**

Doutor em Enfermagem pela Universidade de São Paulo e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Giovanna Karinny Pereira Cruz**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermeira Assistencial da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florânia. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Gleyce Any Freire de Lima**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Heloiza Talita Adriano da Silva**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Isabelle Katherinne Fernandes Costa**

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Isadora Lorena Alves Nogueira**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Jéssika Wanessa Soares Costa**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Julliana Fernandes de Sena**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente da Rede Pública de Ensino da Secretaria da Educação e Cultura do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Kadyjina Daiane Batista Lúcio**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Karolina de Moura Manso da Rocha**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente do Centro Universitário Facex. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Lorrainy da Cruz Solano**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermeira Assistencial da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Mossoró. Mossoró, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Marcelly Santos Cossi**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Marcos Antonio Ferreira Júnior**

Doutor em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Mércio Gabriel Araújo**

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Milva Maria Figueiredo de Martino**

Doutora em Ciências Biológicas pela Universidade Estadual de Campinas e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Nilba Lima de Souza**

Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Docente da mesma instituição. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Oswaldo Yoshimi Tanaka**

Livre-docência. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Docente da mesma instituição. São Paulo, São Paulo, Brasil.

**Priscila Fernandes Meireles Câmara**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e Enfermeira Assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência 192 da Secretaria de Estado de Saúde Pública do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Raianny Alves da Costa**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Renata Clemente dos Santos**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Campina Grande, Paraíba, Brasil.

**Richardson Augusto Rosendo da Silva**

Doutor em Ciências da Saúde e Docente da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

**Romeika Carla Ferreira de Sena**

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, Rio Grande do Norte, Brasil.

## Publicações da Editora Rede UNIDA

### Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Outros

### Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)



ISBN 978-85-54329-24-2

