

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**Multiprofissionalidade
e diversidade temática
na atenção primária à saúde:
revisões bibliográficas
como ferramenta para
translação do conhecimento**

3

VOLUME

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas
Ana Maria Bezerra Bandeira

ORGANIZADORES

editora



redeunida



A **Editora Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 300 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editora Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



ORGANIZADORES

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Ana Maria Bezerra Bandeira

Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

**Multiprofissionalidade
e diversidade temática
na atenção primária à saúde:
revisões bibliográficas
como ferramenta para
translação do conhecimento**

VOLUME 3

1ª Edição

Porto Alegre

2024



Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto**

Editores Associados: **Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, Daniela Dallegrave, Denise Bueno, Diéssica Roggia Piexak, Fabiana Mânica Martins, Frederico Viana Machado, Jacks Soratto, João Batista de Oliveira Junior, Júlio César Schweickardt, Károl Veiga Cabral, Márcia Fernanda Mello Mendes, Márcio Mariath Belloc, Maria das Graças Alves Pereira, Michelle Kuntz Durand, Quelen Tanize Alves da Silva, Ricardo Burg Ceccim, Roger Flores Cecon, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virginia de Menezes Portes.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha);

Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália);

Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália);

Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha);

Célia Beatriz Iriart (University of New Mexico, Estados Unidos da América);

Denise Bueno (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Emerson Elias Merhy (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil);

Érica Rosalba Mallmann Duarte (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Francisca Valda Silva de Oliveira (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil);

Hêider Aurélio Pinto (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil);

Izabella Barison Matos (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Jacks Soratto (Universidade do Extremo Sul Catarinense);

João Henrique Lara do Amaral (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil);

Júlio Cesar Schweickardt (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil);

Laura Camargo Macruz Feuerwerker (Universidade de São Paulo, Brasil);

Leonardo Federico (Universidad Nacional de Lanús, Argentina);

Lisiane Bôer Possa (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil);

Luciano Bezerra Gomes (Universidade Federal da Paraíba, Brasil);

Mara Lisiane dos Santos (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil);

Márcia Regina Cardoso Torres (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil);

Marco Akerman (Universidade de São Paulo, Brasil);

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália);

Maria das Graças Alves Pereira (Instituto Federal do Acre, Brasil);

Maria Luiza Jaeger (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil);

Maria Rocineide Ferreira da Silva (Universidade Estadual do Ceará, Brasil);

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira (Universidade Federal do Pará, Brasil);

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira (Universidade Federal de Pernambuco);

Quelen Tanize Alves da Silva (Grupo Hospitalar Conceição, Brasil);

Ricardo Burg Ceccim (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil);

Rossana Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil);

Sara Donetto (King's College London, Inglaterra);

Sueli Terezinha Goi Barrios (Associação Rede Unida, Brasil);

Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil);

Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil);

Vanessa Iribarrem Avena Miranda (Universidade do Extremo Sul Catarinense/Brasil);

Vera Lucia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil);

Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Alana Santos de Souza

Jaqueline Miotto Guarnieri

Camila Fontana Roman

Carolina Araújo Londero

Revisão

Tiago Estrela

Capa | Projeto Gráfico | Diagramação

Lucia Pouchain

Organizadores

Eduardo Alexander Júlio César
Fonseca Lucas
Ana Maria Bezerra Bandeira

Comissão organizadora

Membros Docentes

Alexandre Oliveira Telles
Claudia Lima Campos Alzuguir
Danielle Amaral de Freitas
Maria Kátia Gomes
Karla Santa Cruz Coelho
Katerine Moraes dos Santos
Mirella Giongo Galvão da Silva
Roberto José Leal

Membros Discentes

Adriana Andrea dos Santos Silva

Bruna Liane Passos Lucas
Leonardo Pereira Pacheco
Lucas Lima de Carvalho
Luk Rodrigues Claro
Simone Fonseca Lucas da Silva
Cintia Santos Oliveira Miguel

Membros Egressos

Adriana Clemente Maia
Bárbara Britto Oliveira
Paulo Rogério Nunes Barbosa
Thatiane Feliciano Charles
Sara da Silva Macruz

Revisores Técnicos

Ana Laura Brandão
Ana Maria Bezerra Bandeira
Andressa Ambrosino Pinto
Carla Luzia França Araújo

Carolina Pereira
Cassiano Mendes Franco
Claudia Lima Campos Alzuguir
Danielle Amaral de Freitas
Eduardo Alexander Júlio César
Fonseca Lucas
Gerson Luiz Marinho
Hércules Rigoni Bozzato
Ivone Evangelista Cabral
Karla Santa Cruz Coelho
Katerine Moraes dos Santos
Leonardo Graever
Melanie Noel Maia
Michele Ribeiro Sgambato
Mirella Giongo Galvão da Silva
Maria Kátia Gomes
Mariana Leal Rodrigues
Viviane Gomes Parreira

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

M954

Multiprofissionalidade e diversidade temática na atenção primária à saúde: revisões bibliográficas como ferramenta para translação do conhecimento – volume 3 / Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas; Ana Maria Bezerra Bandeira (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2024.

237 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 60).

E-book: 4.80 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-170-0

DOI: 10.18310/9786554621700

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Ciência Translacional Biomédica. 3. Revisão Sistemática. 4. Multiprofissionalidade. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

NLM WA 18.2
CDU 001.92:614

Catalogação elaborada pela bibliotecária Alana Santos de Souza - CRB 10/2738

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

www.redeunida.org.br



Sumário

PREFÁCIO	9
Maria Katia Gomes	
APRESENTAÇÃO.....	11
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas	
O IMPACTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA	15
Raquel Dayanne Ferreira Souza Paiva, Michele Ribeiro Sgambato, Danielle Amaral de Freitas, Katerine Moraes dos Santos	
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO HOMEM QUE ACESSA OS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	33
Renata Jardim da Costa, Andressa Ambrosino Pinto, Livia Maria Santiago	
FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	49
Fernanda Carvalho de Almeida, Carolina Pereira, Danielle Amaral de Freitas, Viviane Gomes Parreira Dutra	
PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA	69
Igor Campos Braga Torea Otero, Ana Maria Bezerra Bandeira, Katerine Moraes dos Santos, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas, Roberto José Leal	
ACESSO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA RÁPIDA .	87
Isabela Figueira, Ivone Evangelista Cabral	
PERCEPÇÃO DE FAMILIARES QUANTO À MORTALIDADE MATERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	105
Priscila Dayube da Silva Cruz, Carla Luzia França Araújo, Alicia Regina Navarro Dias de Souza, Andreza Pereira Rodrigues	

IMPACTO DA EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA 121

Vanessa Santos dos Anjos, Mariana Leal Rodrigues, Ana Maria Bezerra Bandeira, Danielle Amaral de Freitas

MODELIZAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL DO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL À PESSOA COM FISSURA LABIOPALATINA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA..... 139

Bárbara Nascimento da Silveir, Danielle Amaral de Freitas, Andressa Ambrosino Pinto, Ana Maria Bezerra Bandeira

A PROBLEMÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA NO PERÍODO 1998 A 2019..... 155

Luk Rodrigues Claro, Bruna Liane Passos Lucas, Lucas Lima de Carvalho, Amanda dos Santos Cabral, Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos, Simone Fonseca Lucas, Antonio Eduardo Vieira dos Santos, Claudia Lima Campos Alzuguir, Alexandre Oliveira Telles, Maria Katia Gomes, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS GERENTES DE UNIDADES DE APS NO RIO DE JANEIRO: REVISÃO NARRATIVA DO PERÍODO DE 2009 ATÉ 2022 187

Adriana Clemente Maia, Katherine Moraes dos Santos, Antonio Eduardo Vieira dos Santos, Luis Augusto Pisco, Clemax Couto Sant'anna, Maria Katia Gomes, Alexandre de Oliveira Telles, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

METODOLOGIAS ÁGEIS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE GERENTES TÉCNICOS DE SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO PERÍODO DE 2017 A 2023 217

Elizabeth Santos Botelho, Ana Maria Bezerra Bandeira, Danielle Amaral de Freitas, Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

SCIENTIFIC PRODUCTION IN PRIMARY HEALTH CARE AND THE DEVELOPMENT OF INTERNATIONAL COLLABORATIVE NETWORKS..... 237

Clarissa Terenzi Seixas, Carla Cristina Donatti, Lorena Brito, Elisângela de Assis Ferreira, Dominique de Macedo Santoro, Mariana Cerqueira de Salles Soares

PREFÁCIO

O livro ““Multiprofissionalidade e Diversidade Temática na Atenção Primária à Saúde: revisões bibliográficas como ferramenta para translação do conhecimento” editado em três volumes, totalizando 34 capítulos, proporciona visibilidade às produções científicas resultante das pesquisas desenvolvidas no Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde (MPAPS) da Faculdade de Medicina em parceria com Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis/HESFA da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O livro apresenta temáticas que respondem às perguntas e inquietações dos profissionais de saúde de diversas categorias resultantes da sua prática interprofissional nas Unidades de Saúde da Atenção Primária, prioritariamente no município do Rio de Janeiro e também em menor volume em outras cidades do Estado do Rio. O MPAPS visa capacitar estes profissionais para responder a estas perguntas que emergem de sua prática nas equipes de saúde da família estimulando as pesquisas e produção de conhecimento neste cenário de práticas na área da saúde . Neste volume I o primeiro capítulo trata da história da origem e desafios para a sustentabilidade deste mestrado profissional em APS da UFRJ, que foi aprovado pela CAPES em 2014 e fará dez anos em 2025 formando mestres para a APS carioca, em parceria com as Secretarias Municipais dos municípios do Rio de Janeiro, de Macaé e Pirai. Trata-se assim de um investimento na integração Ensino Serviço, fomentando a produção de novos conhecimentos e inovações tecnológicas. Entre os capítulos do livro destacam-se produções relacionadas aos desafios para garantir alimentação saudável a crianças entre 02 e 06 anos de idade; as inovações tecnológicas no controle da tuberculose e hanseníase ; às percepções de gerentes das Clínicas da Família sobre as atividades locais de gestão entre outras produções com metodologia qualitativa e análise temática baseada

em Laurence Bardin. Outras produções foram realizadas sob abordagem quantitativa como

Boa leitura!

Maria Katia Gomes . RN;MD; PHD

Professora adjunta - Faculdade de Medicina / Universidade Federal do Rio de Janeiro. Chefe do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde

APRESENTAÇÃO

Prezados leitores,

A motivação para a construção dessa obra, nasceu da iniciativa da atual gestão do **Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde** (MPAPS) em criar estratégias indutoras visando dar visibilidade a produção científica, técnica e tecnológica de seu corpo social, quer sejam: professores e estudantes. Sendo assim, buscou-se por intermédio da disciplina obrigatória “FMA 705 intitulada: **“Seminário de Acompanhamento de Projetos e Produtos Técnico-Tecnológicos 2”** ofertar, aos estudantes da turma 2023 matriculados no 2o. semestre de 2024, determinados conteúdos e experiências visando a aquisição de habilidades e competências para a escrita acadêmica e o desenvolvimento de revisões bibliográficas. A produção resultante desta iniciativa está diretamente vinculada à esta obra, então intitulada: **“Multiprofissionalidade e Diversidade Temática na Atenção Primária à Saúde: revisões bibliográficas como ferramenta para produção do conhecimento”**. Considerando a quantidade de capítulos produzidos, esta obra está sendo publicada em **3 volumes**.

O título desse livro busca explicitar os conceitos que embasaram a necessária reflexão sobre a importância da prática multiprofissional na Atenção Primária à Saúde e sua relação com um campo de conhecimento muito amplo e que portanto é atravessado por uma diversidade de questões que englobam desde a gestão e gerenciamento do processo de trabalho até a dimensão do cuidado integral. Desta dimensão multifacetada emerge, por parte dos profissionais da APS, a necessidade de raciocínio clínico e abstrato, o planejamento e a efetivação das habilidades de comunicação clínica e institucional, administração do tempo, conhecimento técnico-científico da área que permeiam todas as etapas do ciclo de vida humana, ou seja: saúde da criança, saúde da mulher, saúde mental, saúde das pessoas com condições não transmissíveis, saúde das pessoas com condições transmissíveis,

saúde das pessoas em condições de vulnerabilidade social, assim como o domínio de temas, tais como: imunização, cuidado com lesões de pele, dentre outros assuntos.

É verdade que alguns dos docentes e discentes do MPAPS já acumulavam experiências exitosas na publicação de suas produções científicas oriundas do processo de orientação e produção da dissertação de mestrado. Entretanto, muito embora esta produção apresentasse significativa relevância acadêmico-profissional, era preciso potencializar a publicização destes resultados de pesquisa, de forma a gerar um produto articulado às pesquisas em desenvolvimento pelos mestrando(a)s e seu orientador(a)s, conforme indicado pelo relatório da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) referente a quadrienal de avaliação do nosso curso - 2017/2020.

Neste contexto, a coordenação do MPAPS, juntamente com a equipe docente da disciplina anteriormente citada decidiu pactuar com os estudantes e seus respectivos professores orientadores a operacionalização de uma Oficina de Elaboração de Manuscritos, tendo como objetivo principal a realização de estudos de revisão bibliográfica diretamente relacionados aos objetos de estudos dos projetos das dissertações em andamento.

Participaram desta iniciativa a coordenação do curso, representada pelo coordenador e sua vice, bem como alguns professores que compuseram a equipe docente oferecendo conteúdos teóricos e práticos em sala de aula, ou atuando ativamente na qualidade de facilitadores do processo de concepção ou delineamento do manuscrito, redação do manuscrito ou sua revisão de texto, por meio de sugestão e/ou correção, análise e interpretação dos dados, ou ambos; realização de crítica intelectual substancial de conteúdo e aprovação final da versão a ser publicada. Tudo isto, sempre com o orientador dando a última palavra em todas as etapas de construção do material.

Para viabilizar a publicação do material produzido a coordenação do MPAPS realizou tratativas junto a Rede Unida buscando articular uma parceria que se revelou potente para promover e ampliar a publicização da produção científica do nosso curso de mestrado. Em que pese a necessária formação de profissionais de saúde, no campo da APS, é premente capacitá-los para repensar

e refletir de forma crítica sobre as políticas públicas, as práticas de gestão e os processos de trabalho para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Sob esta ótica, a escolha pela Editora Rede Unida se deu pelo fato de que a mesma possui publicações que são plurais, e na grande maioria adotam uma perspectiva interdisciplinar. Além disso, por intermédio dessas produções que são oriundas de elementos epistemológicos articulados ao ensino, a pesquisa e a extensão universitária, a Rede Unida tem buscado qualificar intensamente os debates no campo dos saberes e das práticas em Saúde Coletiva. Desta forma, foi efetivada uma parceria que culminou com o lançamento conjunto do edital de chamada pública para recepcionar os manuscritos visando a publicação nesta obra, considerando como público-alvo os estudantes com matrícula ativa e egressos, bem como professores e pesquisadores do MPAPS.

A partir daí, teve início a disciplina inicialmente com as aulas teóricas, cuja as temáticas eram seguidas de horários correspondentes protegidos de atividades práticas visando a produção do material escrito propriamente dito. Esta produção aconteceu de forma que os estudantes em conjunto com seus orientadores e facilitadores da equipe docente puderam entregar, em datas previamente estipuladas no cronograma, cada uma das partes do texto, que no final compôs o manuscrito.

Este movimento coletivo e institucional permitiu a criação de um ambiente motivacional que culminou na finalização de 36 capítulos de livro. Dos 32 estudantes matriculados na disciplina, todos concordaram em participar da estratégia para elaboração do livro. Entretanto, no decorrer do processo houve 02 desistências, em decorrência de problemas pessoais. Sendo assim, 28 estudantes concluíram o manuscrito, sendo que 01 estudante desistiu de publicar o capítulo no livro do MPAPS e outro estudante decidiu pela publicação do material em um periódico científico. Sendo assim, da disciplina totalizou-se 26 manuscritos habilitados à publicação no livro. Adicionalmente, foram submetidos, por demanda externa à disciplina, 8 manuscritos para o livro, sendo que destes, 7 foram considerados aptos à publicação e 1 apesar de ter sido considerado de excelente qualidade, por se tratar de pesquisa com

resultados originais, não foi possível incluí-lo nesta obra por não corresponder ao escopo da publicação. Registra-se que destes 7 manuscritos, 4 correspondem a capítulos produzidos por estudantes de outras turmas do MPAPS, enquanto 3 são de autoria de egressos do curso. Temos também no livro um capítulo escrito em língua inglesa que versa sobre a Produção Científica em Atenção Primária à Saúde e o Desenvolvimento de Redes Colaborativas Internacionais.

Nessa coletânea o leitor vai encontrar uma sequência de textos com conteúdos que têm como eixo estruturante revisões bibliográficas de temáticas que possuem significativa interface com a Atenção Primária à Saúde. Como o assunto é extenso, os textos foram divididos em 3 volumes. Em cada capítulo são apresentados, inicialmente, o resumo, o abstract e na sequência o texto propriamente dito. Espera-se que ao final de cada volume desta coletânea, o leitor tenha explorado um conjunto diversificado de conhecimentos sobre a APS.

Por último, mas não por fim convém ressaltar que a presente obra que teve como objetivo divulgar parte da produção científica do MPAPS visa também dar o pontapé inicial para que outras produções coletivas sejam regularmente publicadas pelo nosso curso daqui por diante.

Sendo assim, vislumbramos, num futuro próximo, elaborar novas produções com foco em temáticas relacionadas aos resultados das pesquisas originais e produtos técnico-tecnológicos oriundos do MPAPS. Estas publicações são emergentes das práticas de gestão e de cuidados dos profissionais que atuam nos territórios dos serviços da APS no Município do Rio de Janeiro. Sob esta ótica, o ano de 2025 será bastante promissor, uma vez que o MPAPS completa 10 anos de existência, o que enseja a possibilidade de publicações de edições comemorativas dando ênfase ao conhecimento produzido pelo curso por intermédio de suas linhas de pesquisa ao longo desses anos.

Saudações universitárias!

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

Professor Associado do Departamento de Medicina em Atenção Primária à Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – FM/UFRJ. Coordenador do Programa de Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde – FM/HESFA/UFRJ

O IMPACTO DA SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Raquel Dayanne Ferreira Souza Paiva
Michele Ribeiro Sgambato
Danielle Amaral de Freitas
Katerine Moraes dos Santos

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial no Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil, abrangendo a promoção, prevenção e tratamento. A implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) visa implementar práticas seguras, embora desafios como subnotificação de incidentes e resistência cultural persistam. **OBJETIVO:** O estudo tem como objetivo revisar as práticas de segurança do paciente na APS, identificando lacunas, desafios e oportunidades de melhoria. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, com busca de artigos em bases como SciELO, PubMed e LILACS, utilizando descritores relacionados à segurança do paciente e APS. A pesquisa incluiu estudos publicados entre 2019 e 2024. **RESULTADOS:** Os resultados destacam a importância de uma cultura de segurança sólida e a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais de saúde. A adaptação das diretrizes internacionais ao contexto brasileiro também foi apontada como fundamental. Além disso, esta revisão enfatiza a relevância da comunicação aberta e da colaboração interdisciplinar para melhorar a segurança na APS. **CONCLUSÃO:** Apesar dos avanços trazidos pelo PNSP, ainda existem barreiras significativas para a implementação eficaz das práticas de segurança do paciente na APS. O fortalecimento da cultura de segurança, a formação contínua e a adaptação das práticas globais ao contexto local são essenciais para garantir um cuidado de qualidade e seguro para todos.

PALAVRAS-CHAVE: segurança do paciente; Atenção Primária à Saúde; revisão integrativa; Programa Nacional de Segurança do Paciente.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Health Care (PHC) plays a crucial role in Brazil's Unified Health System (SUS), covering promotion, prevention and treatment. The implementation of the National Patient Safety Program (PNSP) aims to implement safe practices, although challenges such as underreporting of incidents and cultural resistance persist. **OBJECTIVE:** The study aims to review patient safety practices in PHC, identifying gaps, challenges and opportunities for improvement. **METHODOLOGY:** An integrative literature review was carried out, searching for articles in databases such as SciELO, PubMed and LILACS, using descriptors related to patient safety and PHC. The research included studies published between 2019 and 2024. **RESULTS:** The results highlight the importance of a solid safety culture and the need for continuous training of healthcare professionals. The adaptation of international guidelines to the Brazilian context was also highlighted as fundamental. Furthermore, this review emphasizes the relevance of open communication and interdisciplinary collaboration to improve safety in PHC. **CONCLUSION:** Despite the advances brought by the PNSP, there are still significant barriers to the effective implementation of patient safety practices in PHC. Strengthening the safety culture, continuous training and adapting global practices to the local context are essential to guarantee quality and safe care for everyone.

KEYWORDS: patient safety; Primary Health Care; integrative review; National Patient Safety Program.

Introdução

A segurança do paciente é um componente fundamental para a qualidade dos serviços de saúde, particularmente na Atenção Primária à Saúde (APS), que desempenha um papel central como principal acesso ao Sistema

Único de Saúde (SUS) no Brasil. A APS é a responsável por grande parte das ações de promoção, prevenção e tratamento das condições de saúde, e visa reduzir riscos e melhorar a qualidade de vida da população, abordando o cuidado de forma integral e contínua para todos (Brasil, 2014). Nesse contexto, a segurança do paciente torna-se indispensável, uma vez que erros e eventos adversos podem comprometer significativamente a eficácia do atendimento, resultando em danos evitáveis aos usuários dos serviços de saúde (Brasil, 2013).

A implementação de políticas e práticas voltadas para a segurança do paciente na APS foi impulsionada pela criação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em 2013. Este programa, instituído pelo Ministério da Saúde, estabelece diretrizes claras para a adoção de práticas seguras, como a criação de Núcleos de Segurança do Paciente em unidades de saúde e a obrigatoriedade de notificação de eventos adversos (Brasil, 2013). Além disso, o PNSP promove a formação de uma cultura de segurança que valoriza a transparência, a notificação e a análise de incidentes como ferramentas para a melhoria contínua do sistema de saúde (DATASUS, 2023).

Apesar do aumento gradual das notificações registradas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ainda há desafios a serem enfrentados. Em 2023 foram notificados 368.895 incidentes em todo o país, número que, embora significativo, ainda reflete a subnotificação e a necessidade de fortalecer a cultura de segurança nas instituições de saúde (DATASUS, 2023). A participação dos enfermeiros é amplamente reconhecida como um fator essencial na implementação de práticas de segurança do paciente, especialmente na APS, onde esses profissionais desempenham papéis estratégicos na coordenação do cuidado, na promoção de práticas seguras e na aplicação de protocolos assistenciais (Gabriel, 2023).

A literatura destaca a importância da capacitação contínua e da educação permanente como estratégias fundamentais para preparar os profissionais de saúde a atuarem de maneira segura e eficaz (Mendes, 2008). A formação contínua dos profissionais é vital não apenas para a implementação de práticas seguras, mas também para a adaptação dessas práticas às particularidades

do contexto brasileiro, o que é necessário para alcançar os objetivos traçados tanto em nível nacional quanto internacional (Gabriel, 2023). Outro aspecto é a integração sistêmica da segurança do paciente aos processos de trabalho na APS. Isso inclui a promoção de um ambiente de trabalho que favoreça a comunicação aberta, o trabalho em equipe e a notificação de eventos adversos sem temor de represálias (Paiva *et al.*, 2023).

Esses elementos são essenciais para o avanço da segurança do paciente, pois contribuem para a identificação e correção de falhas no sistema de saúde, promovendo um ambiente mais seguro para pacientes e profissionais (PSMF, 2024). A adoção de tecnologias de apoio à segurança do paciente e o desenvolvimento de ferramentas de monitoramento e avaliação também são apontados como medidas importantes para fortalecer as práticas de segurança na APS (Gabriel, 2023).

Entretanto, mesmo com os avanços, o Brasil ainda enfrenta um longo caminho para atingir a plena efetividade das práticas de segurança do paciente na APS. A legislação e as diretrizes nacionais estão em consonância com as recomendações globais, como as estabelecidas pelo Plano de Ação Global para Segurança do Paciente 2021-2030 da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem como meta eliminar danos evitáveis nos sistemas de saúde até 2030 (OMS, 2021). No entanto, a aplicação prática dessas diretrizes ainda encontra barreiras significativas, incluindo desafios estruturais, resistência cultural entre os profissionais de saúde e a subnotificação de incidentes.

Diante desse cenário, objetiva-se realizar uma revisão integrativa das práticas de segurança do paciente na APS visando identificar lacunas, desafios e oportunidades de melhoria. A revisão busca contribuir para a discussão do tema, na perspectiva da construção de um sistema de saúde mais seguro e eficaz, priorizando a segurança do paciente como um componente central da qualidade do cuidado. A expectativa é que os resultados desta revisão possam orientar a formulação de políticas públicas e estratégias de formação que garantam a implementação eficaz das práticas de segurança do paciente em todo o sistema de saúde brasileiro (OMS, 2021; Brasil, 2013).

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que utilizou como pergunta de pesquisa: Quais ações mostram-se apropriadas, na visão dos profissionais de saúde, para maximizar os impactos da segurança do paciente na atenção primária?

Para a segunda etapa do trabalho foi definida a busca por artigos relevantes nas bases de dados das bibliotecas eletrônicas SciELO resultando em 5 trabalhos, National Library of Medicine (via PubMed) com retorno de 18 trabalhos e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde), por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), com 92 trabalhos.

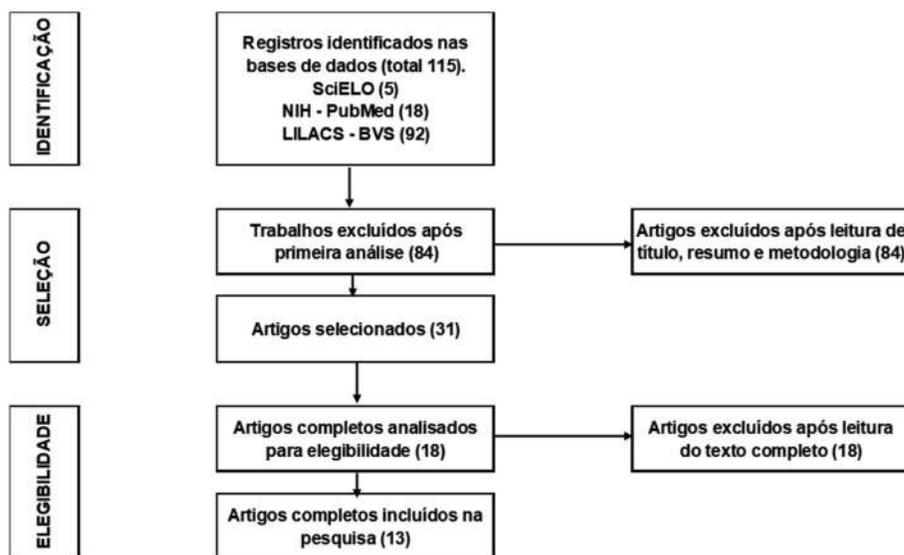
A pesquisa foi realizada através de buscas nas citadas bibliotecas eletrônicas, utilizando descritores específicos, com o intuito de identificar trabalhos originais que apresentassem a perspectiva dos autores, profissionais de saúde que atuam no atendimento às pessoas que recorrem às APS. Além disso, foram considerados outros estudos relacionados ao tema, que foram desenvolvidos durante a formação acadêmica desses profissionais.

Foi utilizada estratégia de busca utilizando o acrônimo PCC, onde P (população) foi considerado profissional de saúde, C (conceito) foi considerado segurança do paciente e C (contexto), APS. A chave de busca foi construída a partir dos descritores selecionados: (((“patient safety”[MeSH Terms] OR (“patient”[All Fields] AND “safety”[All Fields]) OR “patient safety”[All Fields] OR (“patient safety”[MeSH Terms] OR (“patient”[All Fields] AND “safety”[All Fields]) OR “patient safety”[All Fields])) AND (“primary health care”[MeSH Terms] OR (“primary”[All Fields] AND “health”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “primary health care”[All Fields])) OR (“primary health care”[MeSH Terms] OR (“primary”[All Fields] AND “health”[All Fields] AND “care”[All Fields]) OR “primary health care”[All Fields])) AND ((y_5[Filter]) AND (medline[Filter]) AND (booksdocs[Filter]) AND (humans[Filter]) AND (english[Filter] OR portuguese[Filter] OR spanish[Filter])). Vale destacar que a pesquisa foi realizada com descritores na língua portuguesa, espanhola e

inglesa, objetivando alcançar maiores resultados, com amostra superior. Desta forma, os descritores foram ajustados de maneiras diversas, visando sempre ampliar a busca por trabalhos mais atualizados, completos, além de maior proximidade com o tema.

O critério de inclusão foi trabalhos publicados nos anos de 2019 a 2024, que discorrem sobre interação com o tema ‘de impactos na segurança do paciente na atenção primária’ durante o decorrer da formação acadêmica ou na vivência dos profissionais no atendimento de pessoas na APS. Os critérios de exclusão foram estudos que não estavam alinhados à questão central da pesquisa. A pesquisa foi realizada entre julho e agosto de 2024 e resultou em 115 trabalhos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 13 artigos para a síntese qualitativa.

Figura 2. Fluxograma dos estudos identificados e selecionados para a revisão integrativa



Fonte: Elaborada pelas autoras (2024), adaptado de PRISMA.

Resultados e discussão

Resultados

Na Tabela 1 estão listados os trabalhos escolhidos nas pesquisas depois de aplicado os critérios de inclusão e exclusão, sendo considerado para a análise final os dados sobre os autores, tema do trabalho/ano de publicação, área de aplicação, biblioteca de origem, metodologia (tipo de estudo), objetivos e resultados.

Os artigos selecionados para a síntese qualitativa foram publicados predominantemente entre 2022 e 2023, com 13 estudos incluídos no resultado final. As publicações desses dois anos destacaram-se na análise.

Grande parte dos artigos ressalta a fragilidade no conhecimento dos profissionais da APS sobre segurança do paciente. Essa lacuna no conhecimento compromete diretamente a assistência prestada, resultando em falhas na adoção de medidas preventivas e na promoção de cuidados seguros e de qualidade, o que expõe os pacientes a riscos desnecessários e aumentando a ocorrência de eventos adversos.

Tabela 1. Trabalhos selecionados para revisão integrativa

Nº	AUTORES	TÍTULO / ANO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	Taise Rocha Macedo; Maria Cristina Marino Calvo; Luciane Possoli; Sônia Natal.	“Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde” (2023)	Estudo de avaliabilidade, desenvolvido no período de janeiro a agosto de 2022, de abordagem exploratória e qualitativa.	Desenvolver e propor um modelo avaliativo da segurança do paciente na APS.	Indicaram como componentes fundamentais para a segurança do paciente os aspectos estruturais, processos assistenciais, treinamento e cultura, que precisam ser discutidos e aprimorados envolvendo a gestão, os profissionais e os próprios pacientes/familiares e cuidadores.

2	Thaiane Almeida Silva	“Guia prático para o diagnóstico da cultura de segurança do paciente: um modelo de métodos mistos” (2021)	Pesquisa metodológica, com procedimento teórico de Pasquali (2010), incluindo revisão de escopo, elaboração de modelo gráfico de diagnóstico de cultura de segurança do paciente com abordagem de métodos mistos e validação de conteúdo por um painel de especialistas.	Elaborar um Guia Prático para o Diagnóstico da Cultura de Segurança do Paciente que integre dados quantitativos e qualitativos.	O diagnóstico da cultura de segurança do paciente por meio da abordagem de métodos mistos tem sustentação na literatura visto que imputa sinergia entre os componentes metodológicos e promove um diagnóstico da cultura de segurança do paciente mais assertivo.
3	Adi Finkelstein; Mayer Brezis; Amiad Taub; Dana Arad.	“Comunicação da ocorrência de erros no cuidado de saúde: lições aprendidas em uma iniciativa nacional de seminários com pacientes, equipes de saúde e administradores hospitalares” (2024)	Coleta de dados incluindo observações de participantes em 15 workshops, com gravações de áudio completas de todos e documentação de notas de campo detalhadas, com análise realizada sob diretrizes de análise temática.	Analisar as práticas de comunicação de ocorrência e de erros no cuidado de saúde, visto que a transparência ainda representa um desafio.	Com o estudo foi possível mostrar que os valores morais, humanos e educacionais do discurso aberto e franco, em um ambiente de proteção (com pouca transparência), após a ocorrência de um erro de um profissional da saúde, podem provocar mudanças bem positivas.
4	Carmen Sílvia Gabriel	“10 anos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: avanços, barreiras e protagonismo da Enfermagem” (2023)	Pesquisa ensaio de caráter qualitativo.	Destacar os avanços na melhoria da segurança do paciente, especialmente a ação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que lançou em 2021 o Plano de Ação Global com vistas a eliminar danos evitáveis nos sistemas de saúde até 2030.	O estudo aponta que as ações atuais de segurança ainda são superficiais sendo necessário criar uma abordagem de segurança verdadeiramente equilibrada e significativamente mais diferenciada, fazendo com que a enfermagem desenvolva parcerias interprofissionais e intersetoriais para um salto na qualidade e segurança da assistência ao paciente.

5	<p>Andréa Tayse de Lima Gomes; Pétala Tuani Candido de Oliveira Salvador; Clarissa Fernandes Goulart; Sumaya Giarola Cecilio; Maria Flávia Gazzinelli Bethony.</p>	<p>“Metodologias inovadoras para o ensino da segurança do paciente na graduação em Enfermagem: scoping review” (2020)</p>	<p>Scoping review conduzida conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual, por meio das bases de dados: Medline/ PubMed, Scopus, Web of Science, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e outras bibliotecas similares.</p>	<p>Identificar as metodologias inovadoras utilizadas para o ensino da segurança do paciente na graduação em Enfermagem.</p>	<p>Foi possível identificar que as metodologias inovadoras utilizadas para o ensino da segurança do paciente na graduação em Enfermagem foram ensinadas por meio de simulação, vídeos, encenação/ dramatização e filmes, todas aplicadas na modalidade de ensino presencial.</p>
6	<p>Laura Guimarães Sandoval; Carine Raquel Blatt; Carmen Giacobbo Daudt; Juliana Bergmann; Larissa Pelin Bruschi.</p>	<p>“Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde” (2022)</p>	<p>Estudo transversal realizado a partir da aplicação de um questionário para avaliação da cultura de segurança do paciente nos profissionais da Atenção Primária à Saúde de um município de médio porte do Rio Grande do Sul.</p>	<p>Realizar um diagnóstico da cultura de segurança do paciente na APS em um município de médio porte do Rio Grande do Sul.</p>	<p>A avaliação geral da cultura de segurança do paciente no município apresentou um resultado positivo, ou seja, os profissionais percebem uma cultura favorável a um cuidado seguro dos pacientes. A dimensão “trabalho em equipe” se destacou como um ponto forte na pesquisa.</p>

7	Ingrid Moura de Abreu; Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino; Priscila Martins Mendes; Daniel de Macedo Rocha; Ana Paula Mousinho Tavares; Igho Leonardo do Nascimento Carvalho; Esteffany Vaz Pierot.	“Conhecimento de profissionais da saúde sobre segurança do paciente: revisão integrativa” (2022)	Revisão de literatura fundamentada no referencial teórico de Whittemore e Knafl (The integrative review: updated methodology, 2005).	Analisar na literatura o conhecimento dos profissionais da saúde sobre segurança do paciente. Métodos: Revisão integrativa com busca e seleção em cinco bases eletrônicas de dados: MEDLINE, CINAHL, Web of Science, LILACS e BDENF.	Foi possível identificar que existem lacunas importantes no conhecimento dos profissionais de saúde sobre segurança do paciente, que apresentaram níveis de conhecimento insatisfatórios, refletindo o valor e a importância da educação, especialmente a educação permanente como uma estratégia para promover mudanças e subsidiar o desenvolvimento de uma cultura de segurança.
8	S Pegoraro-Alves-Zarpelon; L Piva-Klein; D Bueno.	“Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa” (2023)	Revisão de literatura. A busca ocorreu nas bases de dados Scopus, MEDLINE/PubMed (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online).	A atenção primária em saúde (APS) representa o primeiro contato dos indivíduos com a porta de entrada dos sistemas de saúde. A implementação de estratégias como as Metas Internacionais de Segurança do Paciente (MISP) neste nível de atenção em saúde surge como alternativa para qualificação do cuidado. Assim, este estudo tem como objetivo investigar na literatura, estudos relacionados às MISP no âmbito da APS.	O presente trabalho de revisão integrativa contribuiu para ampliar o conhecimento sobre a segurança do paciente no âmbito da APS apresentando pesquisas realizadas internacionalmente e no Brasil relacionadas a esse tema. O aumento significativo das publicações ao longo dos anos, evidencia a preocupação das organizações e instituições de saúde com a qualidade no cuidado ao paciente.

9	Liliane de Lourdes Teixeira Silva; Felícia Cristina de Souza Dias; Naiara Tauane Pires Maforte; Aline Carrilho Menezes.	“Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem” (2022)	Estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa com 22 profissionais da enfermagem atuantes na Atenção Primária à Saúde.	Compreender a percepção da equipe de enfermagem da Atenção Primária à Saúde sobre a segurança do paciente.	A equipe de enfermagem desconhecia o Programa Nacional de Segurança do Paciente, mas destacaram ações de cuidado e fatores que levam a ocorrência de erro, além de reconhecerem a necessidade de uma educação formal sobre a temática e melhoria do processo de trabalho e comunicação com a alta gestão.
10	Mariana Delfino Gontijo; Selma Maria da F. Viegas; Amanda Tainara S. Freitas; Amanda F. de Faria Maia; Edilene Aparecida Araújo da Silveira; Humberto Ferreira de Oliveira Quites.	“Constructos da segurança do profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde” (2020)	Revisão de literatura nas bases de dados BDENE, IBECs, LILACS, MEDLINE.	Identificar a produção científica sobre os aspectos/ características relacionadas à segurança na atuação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde para constructos da temática Segurança do Profissional.	Conhecer os fatores que impactam no âmbito da Segurança dos Profissionais permite subsidiar intervenções que garantam as boas práticas. Este estudo contribui para formulação dos constructos da Segurança do Profissional da APS.

11	Carla Ulhoa André; André Ribeiro da Silva; Luciana Tolêdo Lopes; Edna Ferreira Santos; Maria José de Oliveira Evangelista; Elaine Cristina de Melo Faria.	“Núcleo de segurança do paciente na atenção primária à saúde: a transversalidade do cuidado seguro” (2022)	Relato de experiência acerca da discussão da transversalidade do cuidado seguro em todas as ações da APS para a criação de uma instância ou NSP na APS, a partir de um projeto piloto.	Identificar as características do clima de segurança do paciente em serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil.	A experiência demonstrou que apesar destas instâncias ou núcleos serem mais comuns na atenção hospitalar, construir essa narrativa para a Atenção Primária é possível e necessário para viabilizar um sistema de saúde comprometido com a definição de que é ofertado um cuidado de saúde com atributos de qualidade, focado no usuário seguro, oferecido no tempo certo, eficaz, efetivo e equânime.
12	Marcela Tavares de Souza; Michelly Dias da Silva; Rachel de Carvalho.	“Revisão integrativa: o que é e como fazer” (2010)	Revisão integrativa.	Demonstrar as fases constituintes de uma revisão integrativa e os aspectos relevantes a serem considerados para a utilização desse recurso metodológico.	O estudo indica que a inclusão de uma sistemática e rigorosa abordagem do processo, particularmente da análise de dados, resulta na diminuição de vieses e erros.
13	Karina Dal Sasso Mendes; Renata Cristina de Campos Pereira Silveira; Cristina Maria Galvão.	“Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem” (2008)	Revisão integrativa.	Apresentar os conceitos gerais e as etapas para a elaboração da revisão integrativa, bem como aspectos relevantes sobre a aplicabilidade deste método para a pesquisa na saúde e enfermagem.	A revisão integrativa confirma ser um método de pesquisa incipiente na enfermagem nacional, porém a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável.

Fonte: autora de pesquisa (2024).

Discussão

A segurança do paciente na APS tem emergido como um tema central na busca pela qualidade dos serviços de saúde, dada sua importância como porta

de entrada do SUS. A complexidade e a diversidade dos desafios enfrentados no contexto da APS tornam essa discussão essencial para a implementação de práticas eficazes e para a redução de eventos adversos, como apontado por diversos estudos.

Abreu *et al.* (2022) realizaram uma revisão integrativa sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da segurança do paciente, destacando que, embora exista uma consciência crescente sobre a importância do tema, ainda há lacunas significativas na aplicação prática dos conceitos de segurança.

Isso é particularmente preocupante na APS, onde os profissionais frequentemente enfrentam condições adversas, como alta demanda de trabalho e recursos limitados, que podem comprometer a implementação de práticas seguras. Nesse contexto, a falta de uma cultura sólida de segurança pode levar à subnotificação de incidentes e à perpetuação de erros (Macedo *et al.*, 2023).

O clima de segurança na APS foi objeto de estudo de Mor *et al.* (2024), que analisou como a percepção dos profissionais influencia a adoção de práticas seguras. A pesquisa revelou que a segurança do paciente na APS é frequentemente percebida como uma responsabilidade secundária, o que compromete a efetividade das estratégias de prevenção de erros.

Esse cenário é agravado pela falta de comunicação aberta e transparente entre os membros da equipe, um problema identificado também por Finkelstein *et al.* (2024) em seu estudo sobre a comunicação de erros no cuidado de saúde. Eles ressaltam a importância de envolver tanto os profissionais quanto os pacientes na discussão sobre erros, para que a aprendizagem a partir dessas experiências seja maximizada e a segurança, aprimorada.

Além disso, Klein *et al.* (2024) exploraram as metas internacionais de segurança do paciente na APS, enfatizando que, para alcançar melhores resultados, é necessário alinhar as práticas locais com diretrizes globais. No entanto, Gontijo *et al.* (2024) apontam que as metas internacionais muitas vezes não consideram as especificidades do contexto brasileiro, como a escassez de recursos e a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Isso destaca a necessidade de adaptar as práticas globais à realidade local, promovendo

estratégias que sejam viáveis e eficazes dentro das limitações do sistema de saúde brasileiro.

A formação e o treinamento contínuos dos profissionais de saúde são cruciais para melhorar a segurança do paciente na APS. Paiva *et al.* (2023) discutem estratégias de treinamento de equipes multiprofissionais, enfatizando a importância de metodologias inovadoras que vão além do ensino tradicional.

Gomes *et al.* (2020) corroboram essa visão, sugerindo que o uso de metodologias ativas de ensino pode promover uma compreensão mais profunda dos conceitos de segurança e facilitar sua aplicação no dia a dia dos profissionais. Essas metodologias incluem simulações e cenários práticos que ajudam a consolidar o aprendizado e a preparar os profissionais para lidar com situações de risco de maneira mais eficaz.

No entanto, a implementação de tais metodologias enfrenta barreiras significativas. Segundo Silva (2024), um dos maiores desafios é a resistência à mudança por parte dos profissionais, que muitas vezes estão acostumados a métodos tradicionais de ensino e podem se sentir desconfortáveis com abordagens mais inovadoras.

Essa resistência é exacerbada pela falta de infraestrutura adequada e pela carga de trabalho elevada, que limitam o tempo disponível para a participação em treinamentos e a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos.

Gabriel (2023), ao refletir sobre os 10 anos do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), destaca que, apesar dos avanços, ainda existem barreiras substanciais que dificultam a plena implementação das práticas de segurança, particularmente na APS.

Essas barreiras incluem não apenas a resistência cultural, mas também desafios estruturais, como a insuficiência de recursos e a falta de apoio institucional. Para superar esses obstáculos, é essencial promover uma cultura de segurança que valorize a comunicação aberta, o aprendizado contínuo e a colaboração entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

A revisão integrativa conduzida por Mesquita *et al.* (2024) reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa para a

segurança do paciente na APS. A pesquisa sugere que, para alcançar uma melhora significativa nos indicadores de segurança, é necessário um esforço coordenado que envolva gestores, profissionais de saúde e pacientes, todos trabalhando juntos para identificar riscos, implementar soluções e monitorar continuamente os resultados.

Nesse contexto, tem-se que o impacto da segurança do paciente na APS depende de múltiplos fatores, incluindo a formação adequada dos profissionais, a adaptação de diretrizes internacionais ao contexto local, e o desenvolvimento de uma cultura de segurança robusta. A literatura revisada destaca a necessidade de estratégias inovadoras e colaborativas para enfrentar os desafios específicos da APS, promovendo um ambiente de cuidado mais seguro e eficaz para todos os envolvidos.

Conclusão

Apesar da segurança do paciente na APS ser crucial para garantir a qualidade dos serviços prestados e reduzir a ocorrência de eventos adversos. A revisão integrativa realizada evidencia que, apesar dos avanços conquistados com a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e das diretrizes da Organização Mundial da Saúde (OMS), ainda existem desafios significativos a serem superados para garantir a plena efetividade das práticas de segurança no contexto brasileiro. Um dos principais desafios observados é a subnotificação de incidentes, que impede uma análise precisa e a implementação de melhorias efetivas nos processos de cuidado.

Além disso, a formação contínua dos profissionais de saúde é outro aspecto crítico abordado na revisão. A capacitação adequada e a atualização constante dos profissionais são fundamentais para que as práticas de segurança sejam efetivamente aplicadas na APS. A revisão indica que metodologias inovadoras e ativas de ensino, como simulações e cenários práticos são eficazes para promover a compreensão e a aplicação dos conceitos de segurança no cotidiano dos profissionais. No entanto, a resistência cultural à mudança e a

falta de infraestrutura adequada são barreiras que precisam ser superadas para que essas metodologias sejam amplamente adotadas.

Nesse sentido, a colaboração entre gestores, profissionais de saúde e pacientes é fundamental para a identificação de riscos e a implementação de soluções adequadas.

Por fim, a revisão integrativa reforça a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e colaborativa para enfrentar os desafios da segurança do paciente na APS. A construção de um sistema de saúde mais seguro e eficaz depende de um esforço coordenado que envolva todos os atores do processo de cuidado, garantindo que a segurança do paciente seja tratada como um componente central da qualidade dos serviços de saúde.

Referências

ABREU, I. M. de *et al.* Conhecimento de profissionais da saúde sobre segurança do paciente: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPI**, p. e3067-e3067, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1519617>. Acesso em: 16 jul. 2024.

ANDRÉ, C. U. *et al.* Núcleo de segurança do paciente na atenção primária à saúde: a transversalidade do cuidado seguro. **Enfermagem em Foco**, v. 12, n. 7. SUPL. 1, 2021. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/5234/1180>. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 19 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial União**, 1 abr. 2013. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=02/04/2013&jornal=1&pagina=43&totalArquivos=120>. Acesso em: 22 jul. 2024.

DATASUS. **Datasus**: cadastro nacional de estabelecimentos de saúde, dados de 2022 a 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: 15 ago. 2024.

FINKELSTEIN, A.; BREZIS, M.; TAUB, A.; ARAD, D. Disclosure following a medical error: lessons learned from a national initiative of workshops with patients, healthcare teams, and executives. **Israel Journal of Health Policy Research**, v. 13, n. 1, p. 13, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38462624/>. Acesso em: 19 jul. 2024.

GABRIEL, C. S. 10 anos do Programa Nacional de Segurança do Paciente: avanços, barreiras e protagonismo da Enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 44, p. e20230194, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/>

hxKYsqsdvPMcfjX5Wdxjpf/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 22 jul. 2024.

GOMES, A. T. de L. *et al.* Metodologias inovadoras para o ensino da segurança do paciente na graduação em Enfermagem: scoping review. **Aquichan**, v. 20, n. 1, e20190529, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5294/aqui.2020.20.1.8>. Acesso em: 19 jul. 2024.

GONTIJO, M. D. *et al.* Constructos da segurança do profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20190529, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/7xMHvdwsVMPkyJc8694C4VD/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2024.

KLEIN, L. P.; ZARPELON, S. P. A.; BUENO, D. Metas internacionais de segurança do paciente na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa **Revista de la OFIL/Ibero latin american journal of health system pharmacy**. Madrid. Vol. 32, n. 4 (2022), p. 377-386, 2022. Disponível em: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-714X2022000400011&lang=pt. Acesso em: 10 ago. 2024.

MACEDO, T. R. *et al.* Estudo de avaliabilidade da segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 47, n. 138, p. 462-477, jul./set. 2023. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2023.v47n138/462-477>. Acesso em: 2 ago. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jul. 2024.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030**: rumo à eliminação de danos evitáveis na assistência à saúde. Genebra: OMS, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>. Acesso em: 18 jul. 2024.

PSMF. Patient Safety Movement Foundation. **Irvine**: Patient Safety Movement, 2024. Disponível em: <https://patientsafetymovement.org/>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SANDOVAL, L. G. *et al.* Cultura de segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde. **Rev. APS**, v. 25, n. 3, p. 494-517, abr./jun. 2022.

SILVA, T. A. **Guia prático para o diagnóstico da cultura de segurança do paciente**: um modelo de métodos mistos. BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1292650>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SILVA, L. L. T. *et al.* Segurança do paciente na Atenção Primária à Saúde: percepção da equipe de enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein** (São Paulo), 2010. Disponível em: https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf. Acesso em: 2 ago. 2024.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DO HOMEM QUE ACESSA OS SERVIÇOS DE SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Renata Jardim da Costa
Andressa Ambrosino Pinto
Livia Maria Santiago

RESUMO

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: Este estudo buscou compreender o perfil sociodemográfico dos homens que utilizam os serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). O foco foi entender quais fatores facilitam ou dificultam o acesso desses homens aos cuidados de saúde e quais barreiras eles enfrentam. **METODOLOGIA:** Foram analisadas publicações de 2018 a 2023 nas bases de dados PubMed, BVS, Lilacs e SciELO. Os estudos selecionados abordavam temas como idade, escolaridade, renda, além de aspectos culturais e geográficos que influenciam a busca por atendimento. **RESULTADOS:** Os achados mostram que homens entre 30 e 49 anos, especialmente aqueles com baixa escolaridade e renda, têm mais dificuldade em acessar serviços de saúde preventiva. Estereótipos de masculinidade são um obstáculo importante, já que muitos homens evitam buscar ajuda por acreditarem que isso pode ser visto como sinal de fragilidade. Além disso, homens que vivem em áreas rurais ou periféricas enfrentam desafios maiores, como a falta de transporte e a distância das unidades de saúde, o que limita o acesso regular à APS. **CONCLUSÃO:** A revisão identificou importantes lacunas na literatura, como a necessidade de estudos de longo prazo que acompanhem o comportamento de saúde dos homens ao longo do tempo. Também são poucas as pesquisas que avaliam o impacto das políticas públicas direcionadas à saúde masculina. **Recomendações:** É urgente investir

em políticas públicas mais inclusivas e adaptadas às necessidades dos homens, para incentivar uma participação maior nos cuidados preventivos e garantir que o acesso à saúde seja uma realidade para todos.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; saúde do homem; perfil sociodemográfico; barreiras de acesso; políticas públicas.

ABSTRACT

INTRODUCTION/OBJECTIVE: This study aimed to understand the sociodemographic profile of men who use Primary Health Care (PHC) services through an Integrative Literature Review (ILR). The focus was to identify factors that facilitate or hinder access to healthcare for these men and the barriers they encounter. **METHODOLOGY:** The analysis included publications from 2018 to 2023, sourced from PubMed, BVS, Lilacs, and SciELO databases. The selected studies addressed topics such as age, education level, income, and cultural and geographical aspects that influence healthcare access. **RESULTS:** The findings indicate that men aged 30 to 49, particularly those with low education levels and income, face more challenges in accessing preventive healthcare services. Masculinity stereotypes represent a significant barrier, as many men avoid seeking help due to the belief that it might be seen as a sign of weakness. Additionally, men living in rural or peripheral areas face greater challenges, such as lack of transportation and distance from health units, which limit their regular access to PHC. **CONCLUSION:** The review identified significant gaps in the literature, such as the need for long-term studies to track men's health behaviors over time. There is also a shortage of studies evaluating the impact of public policies targeted at men's health. **Recommendations:** It is crucial to invest in more inclusive public policies, tailored to the specific needs of men, to encourage greater engagement in preventive care and ensure that healthcare access becomes a reality for all.

KEYWORDS: Primary Health Care; men's health; sociodemographic profile; access barriers; public policies.

Considerações iniciais

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o ponto inicial de contato entre a população e o sistema de saúde. Ela oferece um atendimento próximo e contínuo, resolvendo grande parte dos problemas comuns, das necessidades de saúde-doença ao longo da vida das pessoas (WHO, 2020). No entanto, homens e mulheres utilizam a APS de maneiras diferentes. Em geral, os homens procuram menos esses serviços, o que acaba resultando em diagnósticos tardios e contribui para o desenvolvimento de doenças crônicas. Além disso, a expectativa de vida masculina é menor do que a feminina (Gonçalves *et al.*, 2020; Martins *et al.*, 2019).

Destarte, compreender o perfil sociodemográfico dos homens que utilizam a APS é fundamental para identificar as barreiras e facilitadores desse acesso. Estudos apontam que homens entre 30 e 49 anos são os que mais recorrem aos serviços, enquanto os jovens e idosos os utilizam com menor frequência (Silva *et al.*, 2020). A escolaridade e a renda familiar têm um impacto significativo no comportamento de saúde. Homens com menor nível educacional costumam apresentar dificuldades em compreender a importância dos cuidados preventivos, evitando consultas e, muitas vezes, buscando ajuda médica apenas em casos graves (Souza *et al.*, 2021; Campos *et al.*, 2018).

Além disso, a baixa renda é um obstáculo importante para o acesso à saúde. Homens em situação socioeconômica vulnerável frequentemente enfrentam desafios financeiros, falta de transporte e dificuldades em conciliar horários de trabalho com o funcionamento das unidades de saúde (Barbosa; Carrijo, 2022; Freitas *et al.*, 2023).

Outro aspecto relevante é a influência das normas culturais e de gênero. Em muitos contextos, a masculinidade é associada à resistência física, o que desencoraja os homens a procurarem atendimento médico, pois isso pode ser visto como sinal de fraqueza (Gonçalves *et al.*, 2020). Essa resistência cultural impacta o comportamento preventivo, levando muitos a buscar a APS somente em situações de emergência. Nesse sentido, destaca-se que campanhas

educativas voltadas especificamente para homens, que abordem essas questões culturais e incentivem o autocuidado, são eficazes para aumentar a adesão (Souza *et al.*, 2021).

Também é necessário considerar as especificidades regionais. Homens que vivem em áreas rurais ou periféricas enfrentam barreiras adicionais, como distância das unidades de saúde e falta de transporte público (Campos *et al.*, 2018). Ampliar a cobertura e flexibilizar os horários de atendimento são medidas fundamentais para reduzir essas desigualdades e melhorar o acesso à saúde.

Este estudo objetiva identificar os fatores que influenciam o acesso dos homens aos serviços de saúde na APS e as barreiras enfrentadas por essa população. A análise desses fatores é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes que promovam maior adesão aos cuidados preventivos e garantam um sistema de saúde mais justo, equânime e acessível para todos.

Materiais e métodos

Este estudo foi conduzido a partir de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL), diante da demanda apresentada pelo programa de pós-graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com o objetivo de compreender o perfil sociodemográfico dos homens que utilizam a APS e as dificuldades enfrentadas pelos mesmos. A RIL foi escolhida por permitir a síntese de diferentes estudos relevantes sobre o tema, proporcionando uma compreensão abrangente do fenômeno em questão (Mendes, Silveira e Galvão, 2008). A metodologia seguiu as etapas estabelecidas para uma RIL, cuja a pergunta que guiou esta revisão foi: “Quais são os principais fatores sociodemográficos e as barreiras enfrentadas pelos homens no acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde?” A formulação dessa questão norteou a busca e a seleção dos artigos, possibilitando um foco preciso na temática abordada.

Os critérios de inclusão para a seleção dos artigos foram: Artigos publicados entre 2015 e 2023, para garantir a contemporaneidade das

informações; Estudos que abordam o uso dos serviços de APS por homens, contemplando fatores sociodemográficos, barreiras e facilitadores de acesso; Pesquisas publicadas em português, inglês ou espanhol; Estudos disponíveis em texto completo e revisados por pares.

Os critérios de exclusão foram: Artigos de opinião, editoriais ou que não apresentassem metodologias robustas; Estudos que abordassem exclusivamente a saúde de mulheres, crianças ou idosos, sem incluir a análise da saúde do homem.

Nesse sentido, apresenta-se a estratégia de busca no Quadro 1, a seguir:

Quadro 1. Estratégias de busca, período de publicação 2015-2023

Bases de Dados	Artigos Identificados	Artigos Duplicados	Artigos Excluídos (Título e Resumo)	Artigos Excluídos (Leitura Completa)	Artigos Incluídos
PubMed	150	20	90	25	15
BVS	120	18	60	25	17
SciELO	60	8	35	10	7
Lilacs	80	10	50	10	10
Total	410	56	235	70	49

Fonte: Autores, 2024.

Posteriormente, os resultados foram organizados em categorias temáticas para facilitar a compreensão das principais questões relacionadas ao acesso dos homens aos serviços de APS. As categorias incluem: fatores sociodemográficos, barreiras econômicas e financeiras, barreiras culturais e socioculturais, percepção de masculinidade e saúde. Essas categorias foram discutidas em comparação com a literatura existente e os estudos selecionados.

Por se tratar de uma RIL, o estudo não envolveu contato direto com participantes humanos, e, portanto, não foi necessária aprovação por um comitê de ética. No entanto, todos os cuidados foram tomados para garantir a fidelidade e integridade das fontes de dados utilizadas.

A RIL realizada permitiu uma visão ampla e consolidada sobre o perfil dos homens que acessam a APS e as barreiras enfrentadas, fornecendo

subsídios para o desenvolvimento de intervenções e políticas públicas voltadas à saúde masculina.

Resultados

Os dados extraídos dos artigos incluídos e selecionados nesta RIL, totalizaram o quantitativo de 10 publicações. Estes foram organizados em um quadro, que contempla as seguintes informações: Autores e ano de publicação; País de realização do estudo; Objetivo do estudo; Metodologia; Principais resultados relacionados ao perfil sociodemográfico dos homens; Fatores que influenciam o acesso à APS; Barreiras enfrentadas (Quadro 2).

Quadro 2. Dados Extraídos dos Artigos Incluídos na Revisão, período de publicação 2015-2023

Autores, local e ano	Objetivo do estudo	Metodologia	Principais fatores que influenciam o acesso à APS	Resultados	Barreiras enfrentadas
Gonçalves et al. (2020), Brasil	Analisar o perfil de homens que utilizam a APS no Brasil.	Estudo quantitativo com análise de dados secundários.	Escolaridade, renda familiar.	Homens de 30 a 49 anos, baixa escolaridade e renda.	Falta de informação e educação em saúde; barreiras financeiras.
Barbosa e Carrizo (2022), Brasil	Explorar as percepções de saúde entre homens de diferentes classes sociais.	Entrevistas qualitativas com homens de diferentes classes sociais.	Classe social e renda.	Homens de classe baixa acessam menos os serviços de saúde preventivos.	Falta de transporte e dificuldade de conciliar horários de trabalho com a APS.
Campos et al. (2018), Brasil	Investigar barreiras culturais relacionadas ao acesso de homens aos serviços de saúde.	Estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas.	Fatores culturais relacionados à masculinidade.	Homens adultos, com trabalho formal, evitam a APS por questões culturais.	Normas de masculinidade que desencorajam a busca por atendimento médico.
Martins et al. (2019), Portugal	Analisar como a escolaridade e a renda afetam o uso dos serviços de saúde.	Estudo quantitativo, questionários estruturados.	Escolaridade e renda familiar.	Homens de baixa escolaridade acessam menos os serviços de saúde.	Falta de compreensão da importância do cuidado preventivo; dificuldades financeiras.

Silva et al. (2020), Brasil	Investigar a influência do tempo e renda no acesso de homens à APS.	Pesquisa quantitativa com análise de dados secundários.	Disponibilidade de tempo e renda familiar.	Homens adultos com baixa renda acessam menos a APS.	Falta de tempo devido ao trabalho e problemas financeiros.
Freitas et al. (2023), Brasil	Explorar as condições de vida e acesso à saúde de homens provedores de famílias monoparentais.	Estudo qualitativo com entrevistas.	Condições econômicas e responsabilidades familiares.	Homens responsáveis por famílias enfrentam maiores desafios para acessar a APS.	Falta de flexibilidade no horário da APS, responsabilidade financeira pela família.
Souza et al. (2021), Brasil	Estudar a influência da escolaridade no comportamento de saúde de homens.	Estudo quantitativo com aplicação de questionários.	Escolaridade e nível de informação sobre saúde.	Homens com maior escolaridade acessam mais os serviços de APS.	Falta de educação em saúde; baixa percepção de risco entre homens com menor escolaridade.
Costa et al. (2020), Argentina	Analisar os desafios de homens com doenças crônicas no acesso à APS.	Estudo qualitativo com análise de narrativas.	Presença de doenças crônicas, renda e transporte.	Homens com doenças crônicas acessam mais a APS, porém enfrentam barreiras financeiras e de transporte.	Distância das unidades de saúde e custos associados ao tratamento de doenças crônicas.
Melo et al. (2021), Brasil	Estudar os fatores que levam homens jovens a não utilizar a APS preventivamente.	Estudo qualitativo com entrevistas com homens jovens.	Percepção de risco e normas de masculinidade.	Homens jovens evitam a APS por questões culturais e falta de percepção de risco.	Falta de compreensão sobre a importância do cuidado preventivo.
Almeida et al. (2019), Brasil	Avaliar o acesso de homens em áreas rurais aos serviços de APS.	Estudo qualitativo com observação e entrevistas.	Localização geográfica e disponibilidade de transporte.	Homens rurais têm menor acesso à APS devido à distância e falta de transporte.	Distância das unidades de saúde, falta de transporte público, barreiras econômicas.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A análise dos artigos permitiu identificar características sociodemográficas importantes e os fatores que influenciam o acesso dos homens à APS. Além disso, foram discutidas as barreiras enfrentadas por essa população no uso dos serviços de saúde. A seguir, os principais achados são organizados por categorias temáticas.

Perfil sociodemográfico dos homens que acessam a APS

A maioria dos estudos revelou que os homens que mais utilizam a APS estão na faixa dos 30 a 49 anos (Gonçalves *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020). Essa fase da vida costuma ser marcada pela responsabilidade com trabalho e família, o que os motiva a buscar atendimento quando necessário. Entretanto, os homens mais jovens tendem a evitar os cuidados preventivos, acreditando que não precisam de atendimento por se sentirem saudáveis (Melo *et al.*, 2021). Isso reflete em uma falta de percepção de risco que os afasta da prevenção.

Além disso, homens com menor escolaridade e renda enfrentam mais obstáculos para acessar a APS. A falta de conhecimento sobre a importância dos cuidados preventivos é um desafio significativo (Freitas *et al.*, 2023; Souza *et al.*, 2021). Por outro lado, aqueles com maior renda e nível educacional conseguem usar os serviços de saúde com mais frequência e de forma planejada (Martins *et al.*, 2019).

Fatores que influenciam o acesso à APS

Diversos fatores foram identificados como decisivos para a forma como os homens acessam os serviços de saúde:

- **Escolaridade e Informação:** Homens com maior nível educacional são mais conscientes da importância do cuidado preventivo e procuram os serviços com mais frequência (Souza *et al.*, 2021). Por outro lado, homens com baixa escolaridade têm menos acesso a informações de saúde, o que impacta sua adesão aos cuidados;
- **Renda Familiar:** A condição financeira tem um impacto direto no uso dos serviços. Homens de baixa renda enfrentam dificuldades para pagar consultas, exames e medicamentos. Além disso, eles têm menos tempo livre para buscar atendimento devido às exigências do trabalho (Freitas *et al.*, 2023; Barbosa; Carrijo, 2022);
- **Tempo e Disponibilidade:** A falta de tempo é uma barreira significativa, especialmente para homens que trabalham em

empregos informais ou extenuantes (Silva *et al.*, 2020). Para muitos, a incompatibilidade entre o horário de trabalho e o funcionamento das unidades de saúde faz com que adiem a busca por atendimento e cuidados.

Barreiras culturais e sociais

As normas culturais e o conceito de masculinidade também desempenham um papel importante no comportamento dos homens em relação à saúde. Em muitos contextos, cuidar da saúde é visto como um sinal de fraqueza, o que faz com que os homens evitem o médico até que a situação se torne grave (Campos *et al.*, 2018; Gonçalves *et al.*, 2020). Essa resistência cultural impede que muitos realizem exames preventivos e busquem apoio quando necessário.

Além disso, a pressão para priorizar o trabalho e o sustento da família dificulta o acesso à APS. Homens que são os principais provedores financeiros enfrentam dificuldades em conciliar as obrigações profissionais com a necessidade de cuidar da própria saúde (Freitas *et al.*, 2023).

Barreiras geográficas e estruturais

Estudos apontam que homens que vivem em áreas rurais ou periféricas lidam com barreiras adicionais, como a distância das unidades de saúde e a falta de transporte público (Almeida *et al.*, 2019). A dificuldade em chegar até os serviços faz com que muitos busquem atendimento apenas em situações de emergência, deixando de lado os cuidados preventivos. Essas limitações evidenciam a necessidade de políticas públicas que ampliem o acesso às regiões mais afastadas. Esses achados mostram que o acesso dos homens à APS é multifatorial, envolvendo desde questões financeiras e culturais até barreiras estruturais. Superar esses desafios exige campanhas de conscientização, maior flexibilidade nos horários das unidades de saúde e políticas inclusivas que garantam que todos os homens possam receber cuidados preventivos e acompanhamento contínuo.

Discussão

A presente Revisão Integrativa de Literatura permitiu identificar os principais fatores que influenciam o acesso dos homens à Atenção Primária à Saúde e as barreiras que dificultam o uso desses serviços. A análise dos artigos revisados revelou que o perfil sociodemográfico dos homens, incluindo idade, escolaridade, renda, normas culturais e localização geográfica, desempenha um papel crucial na forma como eles acessam e utilizam os serviços de saúde. Esta seção discute os principais achados à luz da literatura existente, abordando as implicações para as políticas públicas de saúde e propondo estratégias para melhorar o acesso dos homens à APS.

Idade e utilização dos serviços de saúde

Os resultados mostraram que os homens mais velhos, especialmente entre 30 e 49 anos, são os principais usuários da APS, enquanto os homens mais jovens acessam menos os serviços, sobretudo de forma preventiva. Esse padrão está de acordo com estudos anteriores que indicam que homens jovens tendem a evitar os serviços de saúde até que os sintomas de uma doença se tornem severos (Martins *et al.*, 2019). Esse comportamento pode estar relacionado à baixa percepção de risco entre os jovens, o que faz com que posterguem o cuidado com a saúde (Melo *et al.*, 2021). Além disso, a crença de que “não é necessário ir ao médico sem sintomas” reflete uma visão de saúde predominantemente curativa, e não preventiva.

A baixa utilização de serviços de saúde por homens jovens é um dado preocupante, pois eles também são vulneráveis a doenças preveníveis. Assim, a necessidade de desenvolver políticas que incentivem o uso preventivo da APS entre esse grupo é urgente. Campanhas de conscientização que abordem diretamente a saúde dos jovens e que desmistificam a ideia de invulnerabilidade juvenil são fundamentais. Além disso, programas que envolvam a população jovem em atividades de saúde comunitária podem ajudar a criar uma cultura de autocuidado desde cedo (Freitas *et al.*, 2023).

Escolaridade e Nível de Informação

Os homens com menor escolaridade foram amplamente identificados como um grupo que acessa menos a APS e que tem menos compreensão sobre a importância dos cuidados preventivos. Souza *et al.* (2021) observaram que a falta de conhecimento sobre saúde e a dificuldade em interpretar informações médicas tornam os homens com baixa escolaridade menos propensos a buscar cuidados preventivos. Isso reflete um problema sistêmico de saúde pública, uma vez que a falta de educação em saúde contribui para a perpetuação de comportamentos de risco e o agravamento de doenças que poderiam ser tratadas em estágios iniciais.

A educação em saúde é, portanto, um fator crucial a ser trabalhado nas políticas de saúde pública. Estratégias que visem melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde e usuários com menor escolaridade, bem como a criação de materiais educativos em linguagem acessível, podem contribuir para mitigar essa barreira (Campos *et al.*, 2018). Além disso, programas de alfabetização em saúde, voltados para a compreensão de questões básicas de prevenção e cuidados contínuos, são necessários para empoderar essa população.

Renda e acesso aos serviços

Outro fator crítico identificado na revisão foi a influência da renda familiar sobre o acesso à APS. Homens com renda baixa enfrentam barreiras significativas para acessar os serviços de saúde, o que inclui a falta de recursos financeiros para transporte e tratamento, além da necessidade de priorizar o trabalho em detrimento de cuidados médicos. Esses achados estão de acordo com estudos anteriores, que mostram que homens com menores recursos financeiros geralmente possuem menos tempo disponível para acessar os serviços de saúde, especialmente aqueles que trabalham em empregos informais ou com pouca flexibilidade de horários (Silva *et al.*, 2020).

Esse cenário reforça a importância de flexibilizar o horário de funcionamento das unidades de APS, tornando-as acessíveis para

trabalhadores de baixa renda que têm horários de trabalho restritos. Programas de incentivo ao uso dos serviços de saúde, como consultas fora do horário comercial e políticas de transporte para áreas de difícil acesso, também podem ser eficazes em aumentar a adesão desse público (Freitas *et al.*, 2023).

Barreiras culturais e a influência da masculinidade

Uma barreira importante e recorrente nos estudos foi a influência das normas culturais de masculinidade no comportamento de saúde dos homens. Os achados indicam que muitos homens evitam buscar cuidados médicos devido à percepção de que a procura por serviços de saúde está associada à fraqueza ou vulnerabilidade (Gonçalves *et al.*, 2020). Campos *et al.* (2018) apontam que os homens frequentemente associam a saúde preventiva à feminilidade e, assim, tendem a buscar atendimento médico apenas em situações de urgência ou quando os sintomas já estão avançados.

Esse fenômeno destaca a necessidade de intervenções que desconstruam as normas tradicionais de gênero e promovam a saúde do homem como um aspecto importante da masculinidade. Campanhas educativas que desafiem essas normas e incentivem os homens a buscar cuidados preventivos podem ser eficazes em transformar essa percepção. Além disso, a inclusão de profissionais de saúde homens em campanhas pode ajudar a criar um ambiente mais acolhedor e menos estigmatizante para a saúde masculina (Freitas *et al.*, 2023).

Barreiras geográficas e estruturais

A revisão também destacou que homens que vivem em áreas rurais ou regiões periféricas enfrentam barreiras geográficas e estruturais, como a falta de transporte público e a distância das unidades de saúde (Almeida *et al.*, 2019). Esses desafios são particularmente preocupantes em países de grande extensão territorial, como o Brasil, onde o acesso desigual aos serviços de saúde é uma realidade para muitas populações.

Para superar essas barreiras, é necessário investir em políticas que ampliem o alcance da APS em áreas rurais e periféricas. A criação de unidades móveis de saúde, o fortalecimento da telemedicina e a disponibilização de transporte público adequado para as áreas de difícil acesso podem ser medidas eficazes para reduzir as disparidades regionais no acesso à saúde (Martins *et al.*, 2019).

Implicações para as políticas públicas

Os resultados desta revisão sugerem que uma abordagem mais inclusiva e específica para a saúde dos homens é necessária nas políticas públicas de saúde. Homens, especialmente aqueles de baixa renda, com baixa escolaridade e em áreas rurais, enfrentam barreiras significativas para acessar a APS, o que exige medidas que considerem suas necessidades e desafios específicos. Campanhas de conscientização, serviços de saúde flexíveis e a oferta de educação em saúde voltada para populações de baixa escolaridade são algumas das estratégias que podem melhorar o acesso dos homens à APS e promover uma saúde mais equitativa.

Considerações finais

Esta revisão integrativa revelou como fatores sociais e culturais influenciam o acesso dos homens aos serviços de APS. Homens de baixa escolaridade e renda encontram mais dificuldades para acessar cuidados preventivos, muitas vezes pela falta de informação ou por barreiras financeiras. Além disso, normas culturais de masculinidade, que associam a busca por saúde à fraqueza, fazem com que muitos só procurem atendimento em situações graves. Para homens em áreas rurais ou periféricas, as dificuldades são ainda maiores, com falta de transporte e unidades de saúde próximas, limitando o acesso contínuo e preventivo.

Para promover um sistema de saúde mais justo, e equânime, é essencial desenvolver políticas públicas mais inclusivas, que considerem as necessidades específicas dos homens e levem em conta as particularidades sociais e culturais

que influenciam seu comportamento de saúde. Campanhas educativas precisam ser empáticas e eficazes, ajudando a desconstruir a ideia de que buscar atendimento é um sinal de fraqueza.

As políticas públicas precisam integrar soluções para essas diversas realidades. É essencial promover a educação em saúde, flexibilizar horários de atendimento e levar a APS para regiões remotas, garantindo que os serviços sejam mais inclusivos e acolhedores. Assim, o sistema de saúde poderá superar as barreiras culturais e estruturais, incentivando os homens a cuidar da própria saúde desde cedo.

Embora esta revisão tenha trazido importantes contribuições, há ainda lacunas que precisam ser preenchidas. São necessários estudos que avaliem o impacto das políticas voltadas para a saúde masculina, além de intervenções culturais e educativas que incentivem o autocuidado de forma genuína e acessível. Também é fundamental investigar como o comportamento de saúde dos homens evolui ao longo do tempo, especialmente com o envelhecimento e o surgimento de doenças crônicas, e como a pandemia de COVID-19 afetou esse grupo no contexto da APS.

Lacunas e perspectivas futuras

Apesar dos avanços proporcionados por esta revisão, algumas lacunas importantes foram identificadas:

- Estudos Longitudinais: A maioria dos estudos analisados utilizou dados transversais, limitando a compreensão sobre como o comportamento de saúde dos homens muda ao longo da vida. Pesquisas futuras precisam investigar essa evolução, especialmente com o avanço da idade e o surgimento de doenças crônicas.
- Impacto das Políticas Públicas: Falta uma avaliação clara sobre o impacto de políticas específicas, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem no Brasil, na melhora do acesso e da adesão aos serviços de APS.

- **Intervenções Culturais e Educativas:** Embora as barreiras culturais tenham sido amplamente reconhecidas, são poucos os exemplos de intervenções bem-sucedidas que tenham transformado a percepção dos homens sobre a importância dos cuidados preventivos. É necessário desenvolver e testar campanhas educativas que lidem diretamente com essas questões.
- **Efeitos da Pandemia de COVID-19:** A crise de saúde pública causada pela pandemia interrompeu muitos serviços, mas há pouca evidência sobre o impacto específico da COVID-19 no comportamento dos homens em relação ao uso da APS. Futuras investigações precisam explorar como essa experiência afetou o acesso e quais oportunidades surgiram para melhorar o cuidado pós-pandemia.

Em resumo, para construir um sistema de saúde mais justo e eficaz, é essencial desenvolver estratégias personalizadas que levem em conta a realidade e os desafios enfrentados pelos homens. Isso permitirá que eles se sintam mais acolhidos e amparados ao buscar os cuidados necessários, garantindo que a saúde seja uma prioridade ao longo de toda a vida.

Referências

ALMEIDA, R. M. *et al.* Acesso à saúde para homens em áreas rurais. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 321-330, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 02 out. 2024.

BARBOSA, C.; CARRIJO, A. F. A percepção de saúde entre homens de diferentes classes sociais. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 123-130, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 02 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf

. Acesso em: 10 out. 2024.

CAMPOS, R. F. *et al.* A masculinidade e a saúde: barreiras no acesso aos serviços. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 150-162, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/>. Acesso em: 05 out. 2024.

COSTA, S. M. *et al.* Desafios para o acesso à saúde masculina na Argentina. **Journal of Public**

Health Studies, v. 36, n. 4, p. 459-470, 2020. Disponível em: <https://www.jphs.com>. Acesso em: 05 out. 2024.

FREITAS, D. *et al.* Condições de vida e saúde: um olhar sobre os homens. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 1, p. 40-51, 2023. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 05 out. 2024.

GONÇALVES, T. R. *et al.* A utilização de serviços de saúde por homens: uma análise sob a perspectiva da APS. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 15, n. 4, p. 311-320, 2020. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia>. Acesso em: 05 out. 2024.

MARTINS, F. L. *et al.* Renda familiar e acesso aos serviços de saúde: um estudo com homens. **Journal of Health Studies**, v. 28, n. 2, p. 215-229, 2019. Disponível em: <https://www.journalhealthstudies.com>. Acesso em: 02 out. 2024.

MELO, R. F. *et al.* Jovens e o acesso à saúde: desafios na APS. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 310-318, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 02 out. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/>. Acesso em: 05 out. 2024.

SILVA, J. F. *et al.* Tempo e acesso: desafios para a saúde do homem. **Caderno de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 564-572, 2020. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/>. Acesso em: 05 out. 2024.

SOUZA, P. R. *et al.* Escolaridade e saúde: implicações para o cuidado ao homem. **Revista Brasileira de Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 175-184, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/>. Acesso em: 05 out. 2024.

WHO. World Health Organization. **Primary Health Care**. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/primary-health-care>. Acesso em: 02 out. 2024.

FATORES ASSOCIADOS À BAIXA COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Fernanda Carvalho de Almeida
Carolina Pereira
Danielle Amaral de Freitas
Viviane Gomes Parreira Dutra

RESUMO

INTRODUÇÃO: A imunização é uma das intervenções mais seguras e tem como objetivo o controle e a erradicação de doenças imunopreveníveis. Na última década houve queda importante da cobertura vacinal de diversos imunobiológicos, favorecendo o ressurgimento de doenças já erradicadas. **OBJETIVO:** O objetivo é analisar os fatores que afetam a cobertura vacinal infantil no Brasil. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica que utilizou como base de dados para a busca de artigos a Biblioteca Virtual em Saúde, com os seguintes descritores: cobertura vacinal, crianças e Brasil, combinados utilizando o operador AND. **RESULTADOS:** Após o processo de triagem e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 15 artigos para a síntese qualitativa. Os fatores identificados que influenciam na baixa cobertura vacinal foram multifatorial, destacando-se a disseminação de desinformação e *fake news* nas redes sociais, promovidos principalmente por movimentos antivacina, que tem afetado diretamente na hesitação vacinal e gerado insegurança e resistência nos responsáveis; acessibilidade aos serviços de saúde, incluindo a dificuldade com transporte, tempo de locomoção e horários reduzidos de funcionamento; falta de percepção de risco/senso de importância em relação a vacina devido ao sucesso da implementação do Programa Nacional de Imunização; falta de verba; consequências da pandemia; dificuldades com o sistema de informação.

CONCLUSÃO: Faz-se necessário maior investimento em comunicação, campanhas informativas sobre a vacinação destacando sua importância, benefícios e segurança. Para promover melhores estratégias e combater a baixa cobertura vacinal, é preciso entender e atuar sobre os determinantes sociais em saúde e as disparidades sociais e de acesso.

PALAVRAS-CHAVE: cobertura vacinal, criança, Brasil.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Immunization is one of the safest interventions aimed at controlling and eradicating preventable diseases. However, over the past decade, there has been a significant decline in vaccination coverage rates for various immunobiologicals, favoring the resurgence of diseases that had already been eradicated. **OBJECTIVE:** Therefore, this integrative review aims to analyze the factors affecting childhood vaccination coverage in Brazil. **METHODOLOGY:** The databases used were the Virtual Health Library, with searches conducted using the descriptors vaccination coverage, children, and Brazil. These terms were combined using the AND operator, leading to the identification of 15 articles. **RESULTS:** Analysis of these articles revealed that the factors contributing to the decline in vaccination coverage rates are multifaceted. The spread of misinformation and fake news on social media, primarily promoted by anti-vaccine movements, directly affects vaccination hesitancy and generates insecurity and resistance among caregivers. Additionally, accessibility to health services, including transportation difficulties, travel time, and reduced operating hours, also plays a significant role. Other factors contributing to this decline include a lack of risk perception or importance regarding vaccination due to the previous success of the National Immunization Program (PNI), insufficient funding, consequences of the pandemic, and challenges with the SI-PNI system. **CONCLUSION:** The results suggest that strategies to achieve vaccination coverage should include investing in communication campaigns highlighting the importance, benefits, and safety of vaccination, understanding social determinants of health, and

evaluating spatial disparities across different regions of the country.

KEYWORDS: vaccination coverage; child; Brazil.

Introdução

A vacinação possui grande relevância no controle de doenças, pois favorece o decréscimo na incidência de doenças imunopreveníveis, reduz o risco de complicações, internações e óbitos. Tendo como efeitos principais de seu sucesso a promoção do bem-estar e saúde da população, com aumento na expectativa de vida (Fernandes *et al.*, 2021; Vieira, 2024; Brasil, 2024). Devido à sua importância e característica de cuidado preventivo com proteção à saúde, as atividades de vacinação estão intrinsecamente relacionadas à atenção básica e requer o envolvimento de todos (Brasil, 2017). Desde sua criação, a vacinação se mostrou como um instrumento de enfrentamento com maior impacto na redução de morbimortalidade e interrupção da transmissão de patógenos de doenças infecciosas. Parte-se da premissa que uma proteção indireta é gerada por indivíduos imunes sobre os vulneráveis (Barbieri; Martins; Pamplona, 2021; Oliveira *et al.*, 2023).

Entretanto, a vacinação nunca foi um tema pacífico na história, sempre marcada pela resistência social de uma parcela da população. A obrigatoriedade do comprovante levou a manifestações e conflitos com a polícia entre 10 e 16 de novembro de 1904, resultando na morte de várias pessoas. O movimento conhecido como Revolta da Vacina e pode ser atribuído a desinformação da população sobre a composição e motivações para a vacinação (Ramos, 2022). O Brasil é uma referência mundial em imunização e um dos poucos países a ofertar imunobiológicos gratuitamente à população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) (Oliveira *et al.*, 2024; Vieira, 2024). Tal fato deve-se ao êxito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973 com o objetivo de garantir a cobertura vacinal quase integral. As medidas contemplaram campanhas de vacinação em massa, ampliação das salas de vacinação, parcerias extramuros, compra de insumos, aquisição de vacinas e adoção de calendário de rotina (Brasil, 2024).

A associação de imunização com melhoria das condições sanitárias diminuiu significativamente a mortalidade infantil. A vacinação é um tema tão importante que a Lei nº 13.707/18 não permite a contenção de gastos com imunobiológicos e o PNI passou a estudar a efetividade e custos da introdução de novas vacinas no calendário nacional (Brasil, 2018; Domingues *et al.*, 2020). Nos anos 1930, as doenças imunopreveníveis foram responsáveis por mais de 45% dos óbitos e em 1980, cerca de 5.5 mil crianças de até 5 anos morreram por difteria, tétano, coqueluche, meningite, rubéola, poliomielite e sarampo. Portanto, é crucial que a população adira aos programas de imunização para prevenir o retorno de doenças erradicadas (Oliveira *et al.*, 2023). Crianças entre 0 e 5 anos são as principais disseminadoras de doenças infecto contagiosas, por isso são o foco das campanhas anuais de vacinação (Wesp *et al.*, 2018).

Entre 1970 e 1990, o PNI alcançou altos índices de cobertura vacinal uma vez que a população vivenciou o risco real de contágio dessas doenças e, conseqüentemente, os responsáveis se mantinham mais zelosos à saúde das crianças (Oliveira *et al.*, 2023). Entretanto, as coberturas vacinais do calendário nacional de imunizações revelaram tendências de queda desde 2011 e não atingiram as metas previstas pelo Ministério da Saúde (95% para BCG e Rotavírus e 90% para as demais) (Barbieri, Martins e Pamplona, 2021). O processo de queda seguiu nos últimos anos e, em 2018, logo após de receber o título de país livre do sarampo, o vírus voltou a circular no país, com a confirmação de casos e óbitos. Em 2020, o Brasil entrou para a lista dos 10 países com maior incidência da doença no mundo (Homma *et al.*, 2020).

Ainda que a manifestação das doenças imunopreveníveis seja rara em alguns países, os agentes infecciosos responsáveis por elas ainda seguem em circulação em outros locais. Com a facilidade de transpor barreiras geográficas, qualquer pessoa não vacinada pode ser infectada por eles (Vieira, 2024). A baixa cobertura vacinal é multifatorial, Homma *et al.* (2020) mencionam que as causas devem ser analisadas e discutidas por toda a sociedade para adotar medidas que visem proteger a população. Fernandes *et al.* (2021), Vieira (2024) e Oliveira *et al.* (2023) alegam que a sociedade não atribui à vacinação a devida importância por não ter vivenciado (ou por esquecer)

os momentos de epidemias e surtos constantes junto ao abastecimento limitado de imunizantes. Antes reconhecida pela aceitação popular, a imunização agora enfrenta o desafio de alavancar os índices de cobertura vacinal e a heterogeneidade entre os municípios e estados (Homma *et al.*, 2020; Barbieri; Martins; Pamplona, 2021).

A saúde é um direito fundamental de todo cidadão e o Estado tem o dever de garanti-lo, normalmente estabelecendo parcerias entre instituições de diferentes naturezas, mas o cidadão também tem responsabilidades e obrigações em relação ao coletivo. Desta forma, se as medidas estabelecidas para atingir a cobertura vacinal não forem efetivas, é preciso procurar outras opções (Fernandes *et al.*, 2021; Vieira, 2024). De acordo com o relatório da UNICEF, “Situação Mundial da Infância 2023”, no Brasil, quase um quarto das crianças não receberam nenhuma vacina em 2021, com uma redução significativa na confiança sobre a vacinação, que caiu de quase 100% para 89% (Vieira, 2024). Diante disto, o objetivo deste estudo é identificar os fatores que interferem na cobertura vacinal infantil no Brasil.

Materiais e métodos

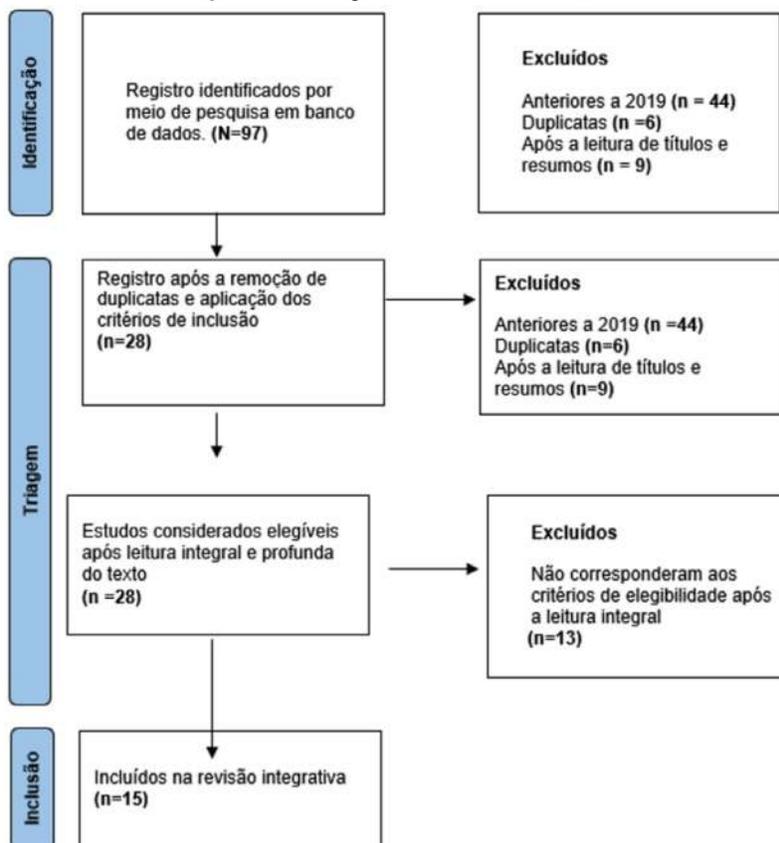
O método escolhido para desenvolvimento da pesquisa foi a revisão integrativa de literatura, que permite sintetizar o conhecimento científico sobre determinado tema de forma clara, favorecendo a prática baseada em evidências, com abordagens assertivas e resolutivas, respaldadas por estudos, para cuidar do paciente (Dantas *et al.*, 2021). As etapas necessárias para desenvolvimento de uma revisão integrativa são: I – Determinar a questão de pesquisa; II – Estabelecer os critérios de inclusão e exclusão; III – Delimitar as informações que serão coletadas; IV – Analisar o material encontrado; V – Sistematizar e debater os tópicos. Em consonância com a primeira fase de elaboração, esta pesquisa é orientada pelo seguinte questionamento: “Quais são os fatores que afetam a cobertura vacinal infantil no Brasil?”.

Para responder a esta pergunta, foi realizada estratégia de busca utilizando o acrônimo PCC, onde foram considerados: P (paciente) criança, C (Conceito) cobertura vacinal e C (contexto) Brasil. A busca foi realizada em outubro de 2024, na base de dados do portal regional da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que reúne índices de plataformas como *Medical Literature Analysis and Retrieval*

System Online (MedLine), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e outros.

Os descritores DeCS/MeSh e termos de busca utilizados foram “cobertura vacinal”, “infantil” e “Brasil” combinados pelo operador *booleano AND*. Os critérios de inclusão estipulados foram: artigos em português ou inglês, publicados entre 2019 e 2024, com texto completo, que abordassem sobre os fatores influentes no declínio da cobertura vacinal infantil do Brasil. Foram excluídos os artigos de opinião. Foram recuperados inicialmente 97 artigos e, após retirada das duplicidades e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 15 artigos para a síntese qualitativa (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma de busca e seleção



Fonte: elaborado pelas autoras (2024).

Resultados

Dentro dos critérios predefinidos, foram incluídos 15 estudos para revisão integrativa, dos quais 6 foram publicados em 2024 (40%), 6 em 2023 (40%), 1 em 2022 (7%) e 2 em 2020 (13%). A metodologia predominante foi o estudo ecológico (n=9, 60%). O Quadro 1, a seguir, apresenta uma síntese dos objetivos, metodologias e principais resultados discriminados por autor.

Quadro 1. Quadro sinóptico dos estudos incluídos na revisão de literatura

ID	Autores (Ano)	Objetivo	Metodologia	Principais Resultados
1	Carvalho et al. (2024)	Analisar a cobertura vacinal de poliomielite no Vale do Paraíba paulista	Método ecológico e exploratório em 35 municípios com abordagem espacial	Em 2015, havia influência de variáveis como número de UBS, idade materna, escolaridade e situação conjugal na Cobertura Vacinal. Em 2019, houve correlação espacial somente com escolaridade (maior impacto), quanto maior a escolaridade (igual ou superior a 08 anos de estudo) e menor idade materna.
2	Macedo et al. (2024)	Descrever a cobertura vacinal da pentavalente e poliomielite em crianças brasileiras	Estudo retrospectivo e descritivo com série temporal de 2013 a 2022	A cobertura reduziu significativamente em todas as regiões brasileiras, mas a Norte e Nordeste foram as mais afetadas. O estudo relaciona a baixa cobertura vacinal a diversos fatores como acesso e horário de funcionamento dos serviços de saúde, informações falsas ou enganosas sobre vacinas, dificuldades geográficas e socioeconômicas para acessar os serviços de saúde.
3	Moura, Neto e Souza-Santos (2024)	Avaliar das taxas de cobertura e abandono vacinal da vacina tríplice viral em crianças de 12 a 15 meses entre os anos 2014 e 2021	Estudo epidemiológico com delineamento ecológico e abordagem espaço-temporal	Em algumas macrorregiões, a taxa de abandono está alta desde 2014, porém a análise espaço-temporal sugere que a pandemia de Covid-19 teve influência nas baixas coberturas desde 2020.
4	Araújo et al. (2024)	Analisar o estado vacinal de crianças nascidas em Fortaleza, no período da pandemia	Análise longitudinal de dados de vacinação de 313 crianças entre 12 e 18 meses	Os fatores associados ao esquema de vacinação incompleto incluíram mais de um filho, renda mensal abaixo de um salário-mínimo. Além de atrasos no calendário associados à pandemia da Covid-19.

5	Boing et al. (2024)	Descrever a completude vacinal em tempo oportuno nos primeiros 24 meses de vida, com recorte de raça materna	Regressão logística com coleta de informações no Inquérito Nacional de Cobertura Vacinal sobre nascidos entre 2017 e 2018	Famílias negras e pardas possuem esquema vacinal incompleto em maior frequência do que famílias brancas. As principais dificuldades relatadas pelos responsáveis para a vacinação foram problemas logísticos como transporte e distância do posto de vacinação, horário de funcionamento inadequado, não ser liberado do trabalho, não possuir caderneta de vacinação, falta de vacina, poucas senhas, falta de documentação. Baixa escolaridade materna e idade até 21 anos também foram correlacionadas à incompletude vacinal.
6	Silva et al. (2023)	Mapear a situação da cobertura vacinal no Rio Grande do Norte entre 2012 e 2021	Estudo ecológico	A tendência de queda na cobertura vinha desde 2018/19, mas foi agravada no período durante e após a pandemia, onde alcançou seus piores índices. Além da pandemia da COVID-19, o estudo traz como fatores para baixa cobertura vacinal: falta de vacinas, mudança no sistema de informação (SIPNI), barreiras de acesso (horário de atendimento das UBS), subfinanciamento do SUS e hesitação às vacinas.
7	Palmieri et al. (2023)	Examinar a imunização tríplice viral e contra a poliomielite, a tendência temporal e a dependência geográfica em crianças de até um ano, entre 2011 e 2021	Estudo ecológico com dados secundários	Estados com desenvolvimento socioeconômico mais baixo, tiveram piores índices de coberturas vacinais.
8	Marinho et al. (2023)	Analisar a cobertura, homogeneidade e proporção de abandono vacinais em menores de 1 ano no Maranhão e classificar os municípios quanto ao risco de doenças imunopreveníveis entre 2010 e 2021	Estudo ecológico com dados secundários	As quedas mais acentuadas foram na cobertura vacinal de BCG e Febre Amarela. Nos últimos 12 anos, a piora nos índices gerais de cobertura reafirmou a susceptibilidade para ressurgimento de doenças imunopreveníveis.
9	Vieira (2023)	Analisar aspectos socioeconômicos e demográficos associados à baixa cobertura vacinal nas unidades federativas	Estudo ecológico, analítico de recorte transversal e abordagem quantitativa	As maiores taxas de redução foram entre 2016 e 2019, com agravamento durante e após a pandemia. Os anos com piores coberturas coincidiram com crises políticas e econômicas do país. O estudo aborda também como fatores: taxa de desemprego, disseminação de desinformação, fake news.

10	Maciel et al. (2023)	Analisar a distribuição espaço-temporal da cobertura vacinal de poliomielite	Estudo ecológico do período entre 1997 e 2021 no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações	A cobertura vacinal teve decréscimo de 1,5% ao ano no país e os estados mais afetados foram Amapá e Pernambuco. A cobertura é heterogênea e ameaça a população com a circulação do vírus.
11	Oliveira et al. (2022)	Analisar a cobertura vacinal de hepatite A, tríplice viral e varicela em Minas Gerais entre 2014 e 2020	Estudo ecológico de séries temporais	A cobertura vacinal média no território mineiro, para as três vacinas analisadas, não demonstrou o alcance das metas de 95% conforme preconizado pelo PNI. Com a pandemia de covid-19, estima-se que a probabilidade de uma criança de até os cinco anos de idade tomar todas as vacinas é de 20%. Outros elementos importantes para a baixa cobertura vacinal são o desabastecimento de vacinas e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.
12	Arroyo et al. (2020)	Evidenciar áreas que apresentem queda na cobertura vacinal de BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil, ponderando diferentes regiões do país	Estudo ecológico nos 5.570 municípios brasileiros com crianças até 12 meses vacinadas para BCG, poliomielite e tríplice viral entre 2006 e 2016	Norte e Nordeste possuem risco aumentado para doenças imunopreveníveis. Há uma heterogeneidade considerável entre os municípios brasileiros. Estratos sociodemográficos como baixa renda familiar, número de filhos, baixa escolaridade dos pais e ordem de nascimento podem ser relacionados a não-vacinação.
13	Moraes et al. (2020)	Destacar as conquistas do SUS e recomendar estratégias para os atuais e futuros gestores	Relatório da OMS	O relatório destaca os pontos críticos da cobertura vacinal, apresentando as causas multifatoriais para a queda, em especial o agravamento provocado pela Emenda Constitucional (EC) no 95 de 2016, que congelou os gastos públicos por 20 anos. Também destaca a PNI como um instrumento de equidade que protege a população mais vulnerável.
14	Enore et al. (2024)	Analisar tendências da cobertura e abandono vacinal em crianças menores de 2 anos entre os anos de 2015 e 2021	Estudo ecológico de séries temporais que avalia as taxas de cobertura e abandono vacinal com recorte por região brasileira	As coberturas apresentaram tendências estacionárias ou decrescentes para todos os imunobiológicos em todas as regiões brasileiras, exceto a febre amarela no sul e sudeste. A Meningo C teve a maior taxa de abandono no país, especialmente no norte e nordeste. BCG teve maior abandono nas regiões norte, nordeste e centro-oeste. De acordo, com o presente estudo as taxas de cobertura vacinal têm sido influenciadas por falta de confiança e aceitação das vacinas, horário de funcionamento dos serviços de saúde, medo de eventos adversos após a vacinação, informações falsas ou enganosas sobre vacinas, acesso às unidades de saúde.

15	Lachtim et al. (2023)	Relatar uma intervenção em municípios de Minas Gerais para aumento da cobertura vacinal em crianças	Pesquisa-ação	As oficinas evidenciaram inconsistências entre o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e os registros internos municipais, além de promover discussões entre representantes dos municípios.
----	-----------------------	---	---------------	---

Fonte: compilado pela autora (2024).

Ao analisar as 15 publicações que contemplaram a amostra final dos artigos e periódicos selecionados, foi possível elencar os principais fatores associados à baixa cobertura vacinal no Brasil conforme descrito no quadro 2. Os fatores que mais se destacam são as fake news/desinformação, dificuldade de acesso ao serviço de saúde, hesitação vacinal, dificuldade com SI-PNI e conectividade, movimento antivacina.

Quadro 2. Fatores associados à baixa cobertura e ao abandono vacinal infantil no Brasil citados pelos estudos incluídos na revisão

Fatores associados à baixa cobertura vacinal	N	%	Artigos
Fake news/desinformação	11	92	1,2,4,7,8,9,10,11,13,14,15
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	10	83	1,2,3,7,8,9,11,12,13,14
Hesitação vacinal	10	83	2,3,4,6,7,8,9,10,11,14
Dificuldades com SI-PNI e conectividade	8	67	1,8,9,10,11,12,13,15
Movimentos antivacina	8	67	1,4,6,8,9,10,11,14
Acomodação/falta de percepção de risco/desconhecimento da importância	7	58	1,4,7,8,9,13,14
Desabastecimento	7	58	1,8,9,10,12,13,14
Pandemia de Covid-19	7	58	1,8,9,10,12,13,14
Renda	6	50	1,4,9,10,11,12
Dificuldade de educação permanente dos profissionais	6	50	2,11,12,13,14,15
Multiparidade	4	33	4,8,9,12
Falta de verba	3	25	6,10,13
Baixa escolaridade dos responsáveis	2	17	5,12
Ordem de nascimento dos filhos	2	17	4,12

Fonte: Elaborado pela autora (2024).

No decorrer das pesquisas, os autores apresentam pontos relevantes que convergem para três eixos principais, divididos nas seguintes categorias para discussão: fatores associados à baixa cobertura infantil; regiões federativas com menores coberturas vacinais no Brasil.

Discussão

Fatores associados à baixa cobertura vacinal infantil

A queda na cobertura vacinal infantil em território nacional é multifatorial. E a determinação social pode favorecer o retorno de doenças imunopreveníveis que foram controladas ou erradicadas por meio da vacinação (Lachtim *et al.*, 2023; Vieira, 2023). Apesar da baixa renda e vulnerabilidade econômica serem apontadas como fatores que comprometem a vacinação, Oliveira *et al.* (2022) afirmam que é preciso analisar este fenômeno com cautela, pois a baixa cobertura vacinal também tem sido relatada em estratificações com maior poder aquisitivo. Isso foi retratado por Vieira (2023), ao relatar uma queda na cobertura vacinal nas últimas quatro décadas em famílias mais ricas.

Vieira (2023), Carvalho *et al.* (2024), Enore *et al.* (2024) e Araújo *et al.* (2024) advertem sobre o desconhecimento da importância da vacinação e a falta de percepção de risco e gravidade para o retorno das doenças imunopreveníveis, incluindo a concepção errônea de que as vacinas não são mais imprescindíveis para prevenir enfermidades que já não existem mais. Para Palmieri *et al.* (2023), Marinho *et al.* (2023) e Moraes *et al.* (2020), esta acomodação surge porque grande parte da sociedade não vivenciou as mazelas de doenças imunopreveníveis e, por isso, a vacinação precoce deixou de ser valorizada como instrumento de prevenção.

A pandemia de Covid-19 também é retratada como um aspecto negativo na cobertura de vacinação. Durante o período pandêmico, os serviços de distribuição de vacina foram restritos ou interrompidos, houve diminuição de procura por serviços não-urgentes e sobrecarga dos profissionais de saúde, o que trouxe novos desafios à tendência de redução da cobertura com perda do tempo

oportuno e hesitação vacinal devido ao medo de contrair vírus (Ernole *et al.*, 2024; Maciel *et al.*, 2023; Palmieri *et al.*, 2023; Marinho *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2023).

Palmieri *et al.* (2023) descrevem a hesitação vacinal como um comportamento de atraso ou recusa da vacinação devido ao sentimento de insegurança sobre esta decisão. Para Maciel *et al.* (2023), trata-se da relutância dos responsáveis em vacinar seus filhos apesar da disponibilidade dos imunobiológicos e pode ser agravada pela desconfiança na eficácia e na segurança da vacinação. Ernole *et al.* (2024) e Vieira (2023) somam aos motivos o medo de eventos adversos, da dor, hábitos e crenças pessoais que podem acentuar a queda da cobertura vacinal.

Esse comportamento tem se intensificado pela propagação de notícias falsas e falsas contra indicações propagandas em meios midiáticos e redes sociais (Palmieri *et al.*, 2023; Vieira, 2023; Oliveira *et al.*, 2022). Apesar de ser uma escolha individualizada, ela tem consequências sociais, provoca impactos sobre a saúde coletiva e aumenta os custos do tratamento da doença (Moura; Neto; Souza-Santos, 2024).

Pais e responsáveis têm buscado informações sobre diversos temas nas redes sociais. No entanto, estudos apontam que a desinformação é um dos aspectos que têm influenciado negativamente os índices de cobertura vacinal nas últimas três décadas, isto porque estes meios de comunicação ajudam a disseminar informações falsas e dão maior espaço a manifestações antivacina, que subestimam a eficácia das vacinas e o ressurgimento de doenças imunopreveníveis (Macedo *et al.*, 2024; Ernole *et al.*, 2024; Araújo *et al.*, 2024; Palmieri *et al.*, 2023; Moraes *et al.*, 2020).

Em relação às dificuldades de acesso aos serviços de saúde são consideradas as barreiras logísticas e geográficas como distância, tempo de deslocamento e transporte até a unidade de saúde, além do horário limitado de funcionamento das unidades. Este é um fator amplamente citado na literatura por autores como Palmieri *et al.* (2023), Arroyo *et al.* (2020), Macedo *et al.* (2024), Ernole *et al.* (2024), Carvalho *et al.* (2024), Oliveira *et al.* (2022), Marinho *et al.* (2023), dentre outros. Para Vieira (2023), as crianças residentes em áreas rurais, zonas de conflito e urbanas pobres são as mais afetadas por este aspecto.

O desabastecimento ou distribuição irregular de vacinas é apontado como um dos fatores relevantes na cobertura vacinal. De acordo com Arroyo *et al.* (2020), a inconstância na disponibilidade de imunobiológicos ainda ocorre com uma frequência considerável no Brasil. Há uma variedade de documentos legais que informam sobre a escassez de recursos e a dependência da capacidade produtiva dos laboratórios de remessas internacionais e procedimentos alfandegários. Maciel *et al.* (2023) e Moraes *et al.* (2020) afirmam que o desabastecimento não apenas afeta a cobertura vacinal como a própria confiabilidade do Programa Nacional de Imunização.

O acesso adequado ao sistema SI-PNI é outro desafio relatado nos estudos selecionados. As principais questões levantadas estão relacionadas a dificuldade de comunicação entre os sistemas de informação que calculam a cobertura vacinal, conectividade da internet e o registro dos dados, que é feito por diferentes profissionais (Lachtim *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2024; Vieira, 2023; Moraes *et al.*, 2020). Com a mudança ocorrida no SI-PNI em 2014, o registro deixou de ser por doses e passou a ser nominal, o que levou a novas dificuldades como mudanças logísticas, treinamento de pessoal e estrutura material acarretando diminuição de registros e, conseqüentemente, das coberturas vacinais (Marinho *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2022; Moraes *et al.*, 2020; Arroyo *et al.*, 2020). A transmissão em tempo real dos dados requer atualizações constantes e internet operacional, enquanto as realizadas *off-line* são dependentes dos servidores municipais, o que pode levar a dados não-fidedignos (Arroyo *et al.*, 2020). Apesar da importância do SI-PNI, a ausência de computadores, de internet estável e a lentidão no sistema podem dificultar a atualização de informações (Maciel *et al.*, 2023; Carvalho *et al.*, 2024).

Por último, a falta de verba foi discutida por Maciel *et al.* (2023), Moraes *et al.* (2020) e Silva *et al.* (2023). O subfinanciamento do SUS é um problema crônico que ameaça a sustentabilidade do programa de imunização e pode se agravar com a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, na qual foi definido o congelamento dos gastos públicos pelos 20 anos seguintes, enfraquecendo o sistema de saúde e agravando o custeio de ações em saúde nas esferas estaduais e municipais.

Regiões federativas com menores coberturas vacinais no Brasil

O Brasil tem seu território dividido em 27 unidades federativas distribuídas em cinco regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul. De forma geral, todas as regiões têm apresentado coberturas vacinais em descendência ou estacionária, em 2021, nenhuma atingiu a meta preconizada pelo programa nacional de imunização. A cobertura vacinal é considerada adequada quando atinge percentuais de 90% para BCG e Rotavírus e de 95% para Pólio, Penta, Hepatite B, Meningo-C, Pneumo-10, Febre Amarela e Hepatite A (Ernore *et al.*, 2024). Diversos estudos retratam a heterogeneidade da cobertura vacinal e apontam que as regiões Norte e Nordeste apresentam menores índices. Em um mapeamento feito por Moura, Neto e Souza-Santos (2024) sobre a vacina tríplice viral, a maioria dos domicílios nestas regiões tiveram coberturas inferiores a 70% na primeira dose e no Norte, a maior frequência de municípios não atingiu 45% na segunda dose.

A macrorregião Norte teve os menores índices de vacinação da primeira dose entre 2015 e 2021. Em 2018, teve seu primeiro surto de sarampo, no qual foram confirmados 9.237 casos. Enquanto isso, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, apresentaram maiores frequências de domicílios com mais de 95% de cobertura na primeira dose. As regiões Sul e Sudeste mantiveram altas frequências na segunda dose (Moura; Neto; Souza-Santos, 2024). Palmieri *et al.* (2023) relembram os surtos de sarampo, em 2020, no Pará e no Amapá e atribuem ao movimento migratório de venezuelanos na fronteira norte do país, que favoreceu a veiculação de doenças transmissíveis em um contexto de uma população suscetível e com de baixa cobertura vacinal.

Carvalho *et al.* (2024) estudaram a aplicação de vacinas em crianças com menos de 1 ano, em 2016 e 2017, na Paraíba por meio do Sistema de Nascidos Vivos e do SI-PNI e encontraram muitos municípios com cobertura vacinal baixa, principalmente de BCG. A vacina contra poliomielite atingiu menos de 50% de cobertura nos municípios paraibanos, quando a cobertura adequada é de 95%. Arroyo *et al.* (2020) alertam que na análise de dez vacinas constantes no calendário

vacinal, estados da região Norte e Nordeste foram classificados como os de maior risco para transmissão de doenças imunopreveníveis devido às baixas coberturas vacinais. Pará, Maranhão e Bahia, seguidos por Piauí, Tocantins, Acre, Rondônia, Amapá e Amazonas, vêm apresentando queda mais acentuada para o número de vacinados até um ano de idade para BCG, poliomielite e tríplice viral.

Maciel *et al.* (2023) ratificam que, entre 1997 e 2021, a vacinação contra poliomielite não foi uniforme entre estados e regiões brasileiras, onde o pior desempenho foi apresentado pela região Norte. Palmieri *et al.* (2023) encontraram resultados semelhantes, no qual a região foi intensamente afetada pela queda da cobertura vacinal de tríplice viral e poliomielite. Maciel *et al.* (2023), Palmieri *et al.* (2023), Arroyo *et al.* (2020) e Ernore *et al.* (2024) associam estes resultados às desigualdades regionais no desenvolvimento socioeconômico e programático do país, sendo uma das regiões com piores indicadores econômicos e sociais, condições de moradia, de saneamento e contemplando o menor produto interno bruto (PIB). Os autores mencionam a extensão territorial, dificuldade de acesso geográfico, grau de urbanização, concentração das unidades de saúde em espaços urbanos, disponibilidade e qualidade dos serviços de saúde, barreiras de acesso à saúde, dificuldades com acolhimento à demanda espontânea, agendamento de consultas e disponibilidade de transporte para o atendimento, distribuição de renda. Enquanto no Nordeste, além de algumas dessas dificuldades, cerca de 25% dos moradores residem em áreas rurais.

Palmieri *et al.* (2023) relatam que, entre 2013 e 2014, a Região Norte tinha a maior proporção de unidades de atenção primária sem uma sala específica para vacinação. A disponibilidade de vacinas era variável e estava em condições precárias, reafirmando as diferenças estruturais e sociais que contribuem para os surtos de doenças imunopreveníveis. Em relação às demais regiões, Ernore *et al.* (2024) e Maciel *et al.* (2023) relataram tendência de queda ou estabilidade na cobertura vacinal em todas, exceto pela vacina de febre amarela, que teve aumento nas regiões Sul e Sudeste. No Centro-Oeste, com exceção do Estado de Goiás, os demais conseguiram cumprir a meta de vacinação de 95% para poliomielite entre 2012 e 2018.

Estratégias para melhorar a cobertura vacinal

De acordo com Carvalho *et al.* (2024), a busca por bolsões de baixa cobertura em grupos populacionais é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e integra a estratégia de monitoramento de boas práticas na gestão de programas de imunização. Na ocorrência de algum, é necessária a investigação das causas. É preciso aumentar os investimentos em intervenções, que devem considerar as diferenças regionais, socioeconômicas e raciais para minimizar as desigualdades em saúde, especialmente nas regiões Norte e Nordeste do país (Vieira, 2023). Arroyo *et al.* (2020) reforçam que é necessário entender as tendências e singularidades regionais de vacinação para definir e operacionalizar um plano de ação. Dois exemplos de estratégias regionais encontradas nos estudos selecionados foram os de Lachtim *et al.* (2023) e Silva *et al.* (2023).

A partir de um *brainstorming* em grupo de discussão com representantes municipais da saúde de Minas Gerais, Lachtim *et al.* (2023) elaboraram indicadores de acordo com a necessidade municipal para acompanhamento periódico. Eles contemplavam processos de trabalho: com capacitação profissional e supervisão das salas de vacina; estratégias de vacinação: vacinação extramuros, atualização de vacina dos faltosos, busca ativa a menores de 2 anos pelos ACS; acompanhamento de metas: reuniões mensais com equipe de imunização, vigilância em saúde e APS para acompanhamento dos indicadores, alcance da meta para menores de 2 anos.

Silva *et al.* (2023) propõem um modelo lógico-teórico para avaliar Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Comunicação e Intersetorialidade a curto, médio e longo prazo, tratando dos recursos necessários e das atividades que serão desenvolvidas, tais como campanhas de vacinação, educação permanente e continuada, criação e elaboração de materiais educativos, criação de comitê técnico, articulação intersetorial, diagnóstico das salas de vacinação e outros. Com o aumento da disseminação de *fake news*, a confiança nos programas de vacinação foi fragilizada. Por isso, os profissionais devem se comunicar de forma clara e assertiva para sanar dúvidas e inseguranças

(Lachtim *et al.*, 2023). Moraes *et al.* (2020) acreditam que investimentos em comunicação social possam consolidar a credibilidade do programa e promover informações sobre benefícios da vacinação de rotina.

Países como México, Colômbia, Venezuela e Paraguai adotaram como estratégias de melhoria das taxas de vacinação a busca ativa por recém-nascidos e acompanhamento até a conclusão do esquema de imunização. Nestes países, cada contato dos responsáveis com os serviços de saúde é uma oportunidade para vacinar e educar, disseminando conhecimento para combater *fake news*, visto que estes são aspectos influentes na aceitação dos imunobiológicos. O envolvimento das populações no processo de imunização, com redução das barreiras culturais, capacitação, empoderamento e educação do indivíduo é uma estratégia importante contra a desinformação (Ernore *et al.*, 2024; Macedo *et al.*, 2024; Ernore *et al.*, 2024; Arroyo *et al.*, 2020). Implementar métodos inovadores de gestão, promover a imunização e acompanhar a cobertura com visitas domiciliares regulares são medidas alinhadas com a estratégia sugerida pela OMS. É necessário expandir a oferta de serviços próximos às comunidades, divulgar boletins e direcionar esforços para a promoção da saúde às famílias. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial por sua proximidade com a população e pela relação de confiança frequentemente percebida, além da maior capilaridade para identificar a população mais vulnerável e adotar as medidas necessárias para atingir taxas de cobertura vacinais adequadas (Maciel *et al.*, 2023; Macedo *et al.* 2024; Moraes *et al.*, 2020).

Para alcançar as coberturas vacinais esperadas, os profissionais de saúde devem procurar por crianças com esquemas incompletos, analisando e revisando sistematicamente seus cartões vacinais. A visita dos agentes comunitários em saúde oportuniza o fortalecimento de vínculo e acolhimento da população (Macedo *et al.* 2024; Carvalho *et al.* 2024; Arroyo *et al.*, 2020). Além da busca ativa, os estudos também recomendam estabelecer parcerias com instituições como escolas, igrejas e universidades para ampliar a oferta de vacinas e aproximá-las da comunidade. A ampliação do horário de funcionamento e divulgação em mídias sociais e tradicionais também são medidas mencionadas pelos autores (Maciel *et al.*, 2023; Oliveira *et al.*, 2022).

Segundo Moraes *et al.* (2020), é necessário também melhorar a qualidade operacional, aumentando o número de salas e de imunobiológicos para incluir novos grupos populacionais. Além de uma boa gestão de talentos como forma de enfrentar a rotatividade dos profissionais, mantê-los motivados e promover a atualização constante sobre o programa de imunização. Oliveira *et al.* (2022) reforçam que, sem monitoramento, todo o avanço proporcionado pelos programas de imunização pode ser perdido. Por isso, é necessário universalizar o acesso à vacinação, independentemente da localização, e adotar medidas efetivas para reduzir as desigualdades e incluir as populações menos favorecidas.

Arroyo *et al.* (2020) e Carvalho *et al.* (2024) afirmam que o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização tem potencial para melhorar a qualidade das informações, visto que usa informações nominais e facilita a identificação de indivíduos com esquema vacinal incompleto, agendamento de doses, cobertura vacinal por território, taxa de abandono, gestão de estoque e outros.

Conclusões

O presente trabalho buscou, por meio de uma revisão integrativa da literatura, destacar os fatores influentes na queda da cobertura vacinal infantil brasileira que iniciou com queda há um pouco mais de 10 anos, assim como buscar alternativas para mitigá-los. Foram constatadas múltiplas causas para esta ocorrência, dentre as quais destacam-se: a disseminação de desinformação e *fake news* nas redes sociais, promovidos principalmente por movimentos antivacina, que tem afetado diretamente na hesitação vacinal e gerado insegurança e resistência nos responsáveis; acessibilidade aos serviços de saúde, incluindo a dificuldade com transporte, tempo de locomoção e horários reduzidos de funcionamento; acomodação ou falta de percepção de risco/senso de importância em relação a vacina devido ao sucesso da implementação do PNI anteriormente; falta de verba; consequências da pandemia; dificuldades com o sistema SI-PNI e acesso a internet, dentre outros.

Faz-se necessário maior investimento principalmente em comunicação, com campanhas informativas sobre a vacinação destacando sua importância,

benefícios e segurança. Para promover melhores estratégias e combater a baixa cobertura vacinal, é preciso entender os determinantes sociais em saúde e avaliar as disparidades espaciais das diferentes regiões do país. Uma vez que os indicadores apresentam heterogeneidade e a identificação das áreas com menor cobertura auxilia na compreensão dessa distribuição e no entendimento das peculiaridades regionais, sendo fundamental para planejar políticas públicas efetivas e eficientes para atingir as metas de imunização preconizadas.

Referências

ARAÚJO, D. A. B. S. *et al.* Coverage and determinants of childhood vaccination during the COVID-19 pandemic in Fortaleza, Northeastern Brazil: a longitudinal analysis. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 40, n. 1, e00074723, 2024.

ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, e00015619, 2020.

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

BOING, A. F. *et al.* Desigualdades raciais na vacinação infantil e nos obstáculos à vacinação no Brasil entre nascidos vivos em 2017 e 2018: análise de uma coorte retrospectiva dos dois primeiros anos de vida. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 33, n. esp. 2, e20231216, 2024.

BRASIL. **Lei nº 13.707 de 14/08/2018**. Dispõe sobre as diretrizes para a elaboração e execução da Lei Orçamentária de 2019 e dá outras providências. Distrito Federal, 2018. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/27457218>. Acesso em: 03 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 01 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunizações**. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/pni>. Acesso em: 01 out. 2024.

CARVALHO, M. C. L. *et al.* Decline in Vaccination Coverage against Poliomyelitis in the municipalities of Vale do Paraíba (SP) under a spatial approach. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 42, e2023137, 2024.

DANTAS, H. L. L. *et al.* Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. São Paulo: **Rev Recien**, v. 12, n. 37, p. 334-345, 2021.

ENORE, R. M. B. *et al.* Vaccination coverage and abandonment among children under two years old in Brazil: a time-series study. **Revista Paulista de Pediatria** [Internet], v. 42, e2023116, 2024.

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

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

LACHTIM, S. A. F. *et al.* Estratégias cooperativas para melhorar a cobertura vacinal em crianças no estado de Minas Gerais, Brasil. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 27, n. 9, p. 5310-5323, 2023.

MACEDO, L. F. R. *et al.* Pentavalent and poliomyelitis vaccines: a review of the vaccination coverage in Brazilian children in the last 10 years. **Archives of Virology**, v. 169, n. 17, 2024.

MACIEL, N. S. *et al.* Distribuição temporal e espacial da cobertura vacinal contra poliomielite no Brasil entre 1997 e 2021. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230037, 2023.

MARINHO, C. V. *et al.* Indicadores do Programa Nacional de Imunizações em menores de um ano: tendência temporal no Maranhão, Brasil, 2010 a 2021. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet], v. 28, n. 8, p. 2335-46, 2023.

MORAES, J. C. *et al.* Imunização no Sistema Único de Saúde. In: OMS/OPAS. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52517>. Acesso em: 9 out. 2024.

MOURA, L. L.; NETO, M.; SOUZA-SANTOS, R. Heterogeneidade espaço-temporal dos indicadores de imunização da vacina tríplice viral em crianças no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 48, n. 34, 2024.

OLIVEIRA, C. E. M. M. A. *et al.* Cobertura vacinal no Brasil: fatores relacionados à baixa adesão na primeira infância. **Científica Digital**, v. 1, 2023, p. 73-96.

OLIVEIRA, G. C. C. F. *et al.* Cobertura vacinal infantil de hepatite A, tríplice viral e varicela: análise de tendência temporal em Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, e220010, 2022.

PALMIERI, I. G. S. *et al.* Vaccination coverage of triple viral and poliomyelitis in Brazil, 2011-2021: temporal trend and spatial dependency. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, e230047, 2023.

RAMOS, T. Avaliação da cobertura vacinal da Poliomielite nos estados da região sul, com foco no município de Pato Branco, entre os anos de 2009-2019. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 26, n. 3, p. 288-300, 2022.

VIEIRA, A. M. dos S. **Fatores associados à cobertura vacinal infantil no Brasil e Unidades da Federação**. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde), Programa de Pós-Graduação em Gestão de Serviços de Saúde – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem, Belo Horizonte, 2023. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblio>. Acesso em: 03 out. 2023.

PROGRAMA ACADEMIA CARIOCA E A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

Igor Campos Braga Torea Otero
Ana Maria Bezerra Bandeira
Katerine Moraes dos Santos
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas
Roberto José Leal

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Programa Academia Carioca é um programa que conta com um ambiente voltado para a promoção da atividade física em conjunto com uma ação comunitária e intersetorial focada na atuação do profissional de educação física na atenção primária à saúde. **OBJETIVO:** explorar na literatura científica quais seriam as atividades do profissional de educação física como parte integrante do Programa Academia Carioca. Para o levantamento foram consultadas as bases de dados informatizadas: *Google Scholar*; Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), utilizando como palavras chaves: Programa Academia Carioca. **RESULTADO:** Foram 73 resultados encontrados, desses, foram excluídos 70 e 3 foram avaliadas por completo e incluídas na revisão. Foi possível verificar o quão escasso são os estudos sobre a atuação dos Profissionais de Educação Física. **Discussão:** É imperativo reconhecer a importância dos Profissionais de Educação Física (PEFs) no Programa Academia Carioca de Saúde, dado seu papel fundamental na promoção de hábitos saudáveis e na melhoria da qualidade de vida da população. Esses profissionais são essenciais para implementar atividades físicas que não apenas atendem às necessidades individuais, mas também fomentam a coesão social e o engajamento

comunitário. **CONCLUSÃO:** No entanto, para que a atuação dos PEFs seja verdadeiramente efetiva, é necessário promover uma estrutura que possibilite sua integração em todas as esferas do programa.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; profissional de educação física; programa; academia carioca.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Academia Carioca Program is a program that has an environment aimed at promoting physical activity in conjunction with community and intersectoral action focused on the role of physical education professionals in primary health care. **OBJECTIVE:** explore in scientific literature what the activities of physical education professionals would be as an integral part of the Academia Carioca Program. For the survey, computerized databases were consulted: Google Scholar; Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (Lilacs) and Virtual Health Library (VHL). using as keywords: Academia Carioca Program. **RESULTS:** There were 73 results found, of which 70 were excluded and 3 were fully evaluated and included in the review. It was possible to verify how few studies on the performance of Physical Education Professionals are. **Discussion:** It is imperative to recognize the importance of Physical Education Professionals (PEFs) in the Academia Carioca de Saúde Program, given their fundamental role in promoting healthy habits and improving the population's quality of life. These professionals are essential for implementing physical activities that not only meet individual needs but also foster social cohesion and community engagement. **CONCLUSION:** However, for the PEFs' actions to be truly effective, it is necessary to promote a structure that allows their integration in all spheres of the program.

KEYWORDS: Primary Health Care; physical education professional; program; carioca academy.

Introdução

O Programa Academia Carioca foi colocado em prática em 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ), sendo considerado uma ferramenta de boas práticas em saúde, no âmbito das Unidades de Atenção Primária da rede municipal de saúde. Este programa conta com um ambiente voltado para a promoção da atividade física em conjunto com uma ação comunitária e intersetorial, se fundamentando em conceitos, metodologias e protocolos embasados na concretização de um processo de trabalho rotineiro, com o objetivo de implementar e desenvolver diretrizes e princípios do SUS na sociedade (Cardoso; Guimarães, 2016).

Neste mesmo ano surgiu a Assessoria de Atividade Física (ASSAF), que foca na atenção da SMSRJ para ações que pudessem prevenir e controlar doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tal como é recomendado pela Estratégia Global para Atividade Física e Saúde (Maranha, 2016). A ASSAF se responsabiliza pela coordenação do Programa Academia Carioca, que atualmente é constituído por 120 profissionais de Educação Física e se distribui nas 10 Áreas de Planejamento (AP) da SMSRJ entre as mais de 200 Unidades de Atenção Primária. Todo o processo de gestão e de planejamento da ASSAF passa pela administração de um Colegiado Especial, constituído por intermédio da coordenação e de dois profissionais de Educação Física representantes de cada AP, voluntários; e do Colegiado Ampliado, responsável por reunir todos os profissionais de Educação Física em atividade (Oliveira, 2018).

Ainda segundo informações da Prefeitura do Rio de Janeiro (2024), o Programa Academia Carioca encontra-se sempre associado às Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo a equipe de profissionais de educação física integrantes das Equipes eMulti, que antigamente era denominado de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os bons resultados alcançados pelo programa são consequência de uma adequada compreensão da população de que a atividade física é uma ferramenta fundamental para promover saúde pública, podendo proporcionar uma

significativa diminuição de doenças crônicas não transmissíveis e muitos outros problemas de saúde (Rio de Janeiro, 2024).

No programa Academia Carioca observa-se que os exercícios passam pela orientação de profissionais de Educação Física que fazem parte das equipes de saúde. Sendo disponibilizadas diferentes modalidades de exercícios, assim como ginástica em aparelhos, a promoção de atividades de caminhadas, alongamento, dança de salão, capoeira, ginástica laboral, atividades culturais, assim como muitas outras. Os serviços disponibilizados no programa da academia carioca são os seguintes: Ginástica nos aparelhos; Grupos de caminhada; Ginástica e alongamento; Dança de salão; Capoeira; Ginástica laboral; Atividades culturais; Educação Permanente; Atividades integradas às Equipes eMulti; Desenvolvimento de materiais educativos (Rio de Janeiro, 2024).

De acordo com dados apresentados pela Prefeitura do Rio de Janeiro, em 2021, dentre todos os alunos que frequentaram o referido programa, cerca de 82% eram hipertensos, outros 29% eram diabéticos e 83% apresentavam excesso de peso. No que diz respeito aos efeitos fisiológicos, metabólicos e de risco cardíaco, aproximadamente 94% alcançaram um melhor controle da pressão arterial, 78% reduziram o peso corporal, 75% obtiveram uma diminuição do índice de massa corporal (IMC), e cerca de 79% diminuíram a circunferência abdominal (SMS-RJ, 2021).

Ainda no que diz respeito aos resultados positivos, observa-se ainda que aproximadamente 78% dos participantes faziam uso de algum medicamento de uso contínuo visando o controle de doenças crônicas ou de comorbidades e, entre eles, 69% conseguiram diminuir a dosagem da medicação, através de um acompanhamento médico adequado. Salienta-se também que cerca de 19% conseguiram parar de tomar o remédio como consequência das atividades físicas disponibilizadas pelo programa, sempre com a supervisão médica. Cerca de 45% das pessoas que frequentam o Programa Academia Carioca são idosos, 27% se encontram na faixa etária dos 45 aos 60 anos, 13% dos 35 aos 44 anos, 12% possuíam menos de 35 anos, e 3% foram de pessoas com menos de 18 anos (SMS-RJ, 2021).

Os estudos de Cardoso e Guimarães (2016) contribuem dizendo ainda que os princípios básicos usados neste programa visam proporcionar uma prática de atividade física regular e adequadamente orientada através de profissionais de Educação Física, fazendo parte de uma perspectiva interdisciplinar, evidenciando os significativos benefícios comprovados da prática de exercícios físicos e realizando um acompanhamento dos indivíduos que acabam sofrendo com doenças crônicas. Os referidos autores apontam que o programa já proporciona excelentes resultados, tais como a diminuição do peso corporal e uma significativa melhora dos aspectos funcionais e psicossociais de diferentes grupos de cidadãos atendidos pelo programa, especialmente para a população idosa da cidade (Cardoso; Guimarães, 2016).

Desta forma, é de suma importância a presença do profissional de educação física para atuar nesta equipe. Neste sentido, este estudo teve como objetivo explorar na literatura científica quais seriam as atividades do profissional de educação física como parte integrante do Programa Academia Carioca.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa, com abordagem qualitativa que explora amplamente a literatura sobre um tema específico, sem seguir uma metodologia rigorosa e replicável. Embora não busque respostas quantitativas, essa abordagem é essencial para atualizar o conhecimento, identificar novas ideias e destacar tendências e subtemas emergentes.

A pergunta de pesquisa foi: como se dá a atuação do profissional de educação física no Programa Academia Carioca?

Para o levantamento foram consultadas as bases de dados informatizadas: Google scholar, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Durante a coleta, que ocorreu no período de agosto a outubro de 2024, bem como na análise dos artigos, foram encontrados artigos e dissertações com publicações que atendiam aos objetivos propostos, sendo excluídos os que na leitura do resumo não apresentavam relação com o tema da pesquisa.

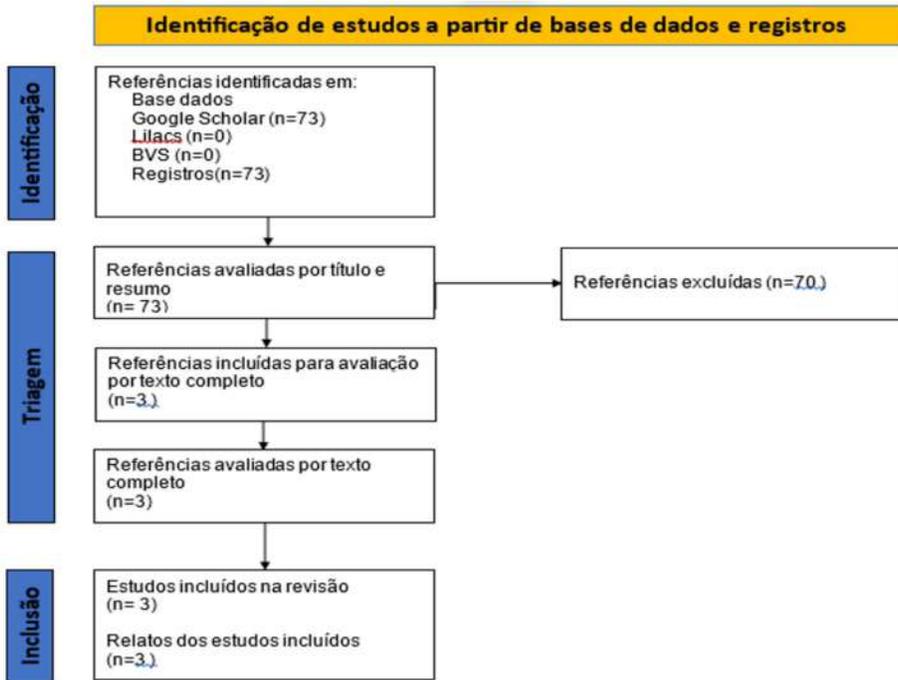
Visando realizar a síntese e análise do material, os seguintes procedimentos foram aplicados: leitura exploratória, que constitui na leitura do material para saber do que se tratavam os artigos; leitura seletiva, que se preocupou com a descrição e seleção do material quanto a sua relevância para o estudo; leitura crítica e reflexiva que buscou por meio dos dados a construção dos resultados encontrados. Os descritores utilizados para compor a chave de busca foram: “atuação”, “profissional de educação física”, “Programa Academia Carioca”. Entretanto, por limitações nas buscas ao utilizar os três descritores, optou-se em utilizar apenas a palavra chave “Programa Academia Carioca” para conseguir.

Os critérios de elegibilidade foram: publicações em língua portuguesa; publicações do período de janeiro/2009 a setembro/2024, tendo como marco histórico a criação do Programa Academia Carioca pela SMS/RJ; e estar indexado e disponíveis na plataforma *Google Scholar*, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Os Critérios de inelegibilidade são: artigos não indexados nas plataformas, artigos fora do período estabelecido, dissertações, publicações com dados inconsistentes, como omissão de dados da metodologia dos estudos, e artigos que não abordem a temática estabelecida.

Resultado

A busca resultou em 73 artigos relacionados com a temática, entretanto após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a leitura do título e resumo foram identificados apenas 3 artigos que foram lidos na íntegra. Foram descartados todos os que não tinham como objetivos compreender melhor sobre a atuação do profissional de educação física no programa. Os demais não tratavam da atuação do profissional de educação física e sua atuação no “programa academia carioca” ou não eram artigos.

Figura 1.



Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

Quadro 1. Caracterização dos estudos

Título/Autor/Ano	Objetivo	Resultados
“A atuação do Profissional de Educação Física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Relato de Experiência” De Oliveira et al. (2012)	Investigar e descrever como os profissionais de educação física contribuem para a saúde e bem-estar nas comunidades por meio do NASF. Relatar experiências práticas desses profissionais, mostrando a aplicação de suas habilidades e conhecimentos no contexto do NASF.	Os profissionais de Educação Física reconhecem o impacto positivo de sua atuação, fortemente apoiada pelas gerências das clínicas e por outros profissionais de saúde. Essa colaboração promove a atividade física e estimula o encaminhamento de pacientes para a Academia Carioca, evidenciando a importância da integração entre diferentes áreas da saúde, reforçando um modelo de cuidado mais eficaz e abrangente.
“Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde” Monique Alves, Padilha Cátia Martins de Oliveira e Ana Cláudia Figueiró (2015)	Analisar a avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde na Escola Manguinhos com foco nas diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde.	A análise revela uma abordagem abrangente que visa ampliar o acesso a atividades físicas, promover educação em saúde, incentivar a participação comunitária e integrar a rede intersetorial de serviços. Apesar disso, o programa ainda está em fase de consolidação, limitando a avaliação de seus resultados a longo prazo. Estudos sistemáticos são necessários para investigar a implementação do programa em Manguinhos e avaliar sua eficácia de forma robusta.
“Perfil do profissional de educação física do Programa Academia Carioca em atividade na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro” Renan Rocha Dias et al. (2019)	Delinear o perfil dos profissionais de educação física que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) no município do Rio de Janeiro, oferecendo subsídios para o planejamento de ações tanto para a gestão pública quanto para as instituições de ensino superior.	A ausência de disciplinas específicas sobre saúde pública na formação dos profissionais de educação física pode comprometer sua eficácia na APS. Essa lacuna formativa resulta em intervenções inadequadas, afetando diretamente a qualidade do atendimento à população. É crucial que as instituições de ensino incluam conteúdos relacionados à saúde pública em seus currículos para preparar adequadamente os futuros profissionais para os desafios da APS.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Discussão

Inicialmente é importante destacar que esta revisão identificou uma lacuna considerável na literatura especializada de produções científicas que abordam a atuação do profissional de educação física no Programa Academia Carioca. Isto não é algo trivial, considerando que o programa foi instituído há 15 anos. Desta forma, a carência de artigos e até mesmo a ausência de material bibliográfico oriundo de pesquisas nos mostra a necessidade de adoção

de ações estratégicas que visem estimular tanto por parte dos profissionais, serviços de saúde e universidades o desenvolvimento de estudos e pesquisas que tenham como foco principal essa temática.

Dito isto, nos debruçamos neste momento em tecer algumas considerações sobre o material capturado nas buscas das bases de dados, traçando aproximações a partir dos atributos essenciais e derivativos da Atenção Primária à Saúde (APS). Isto porque que entendemos que estes são ferramentas importantes para a mudança do modelo de atenção à saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, em que pese os desafios vivenciados no SUS principalmente no que diz respeito a: carência de infraestrutura adequada nas unidades de saúde, a falta de profissionalização da gestão, a precarização nas relações de trabalho, a fragilidade do modelo de atenção para dar conta de uma conjuntura de transição demográfica acelerada, associada à transição epidemiológica singular, caracterizada pela tripla carga de doenças, a saber: persistência de doenças transmissíveis infecciosas e parasitárias, o desafio das doenças crônicas, que a elevada prevalência requerem cuidados contínuos e de longa duração, demandando uma abordagem sistemática na prestação dos cuidados integrais. Além disso, tem-se os agravos decorrentes da desnutrição, os problemas de saúde reprodutiva, com óbitos maternos e infantis por causas consideradas evitáveis. Tudo isso, somada a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde e ao subfinanciamento do setor saúde promovem uma considerável pressão assistencial excessiva nos serviços de saúde (Mendes, 2012, Oliveira; Pereira, 2013).

Sendo assim, discorreremos sobre os atributos essenciais e derivativos dando ênfase a sua relação com a promoção de boas práticas em saúde na perspectiva do Programa Academia Carioca. Segundo Bárbara Starfield (2002) a Atenção Primária à Saúde tem como atributos essenciais: a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Já os atributos derivativos são: a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

É importante frisar que não foi identificado nos 03 artigos pesquisados uma discussão mais aprofundada sobre os atributos da APS. No que concerne

a atenção de primeiro contato a análise desses 3 artigos revela que na produção publicada por Padilha *et al.* (2015) em suas conclusões as autoras discorrem sobre estes atributos ao destacar o papel da Academia Carioca no sentido de ampliar o acesso da população às atividades físicas. Entretanto, esse assunto poderia ser aprofundado visando reforçar a importância das práticas de promoção da saúde e sua relação com a acessibilidade às práticas de atividade física nos serviços de saúde. Isto porque a oferta contínua e qualificada impacta positivamente na capacidade das unidades de saúde em produzir ações que possam efetivamente responder às necessidades de saúde da população (Oliveira, 2013).

Neste artigo, as autoras anteriormente citadas abordam brevemente sobre a importância de se promover atividades de educação em saúde, sem entretanto, trazer uma reflexão mais robusta acerca do papel da educação em saúde como ferramenta facilitadora para a compressão da população no que diz respeito às variáveis biopsicossociais que envolvem o processo saúde-doença. Até porque muitas vezes, as práticas de educação em saúde ocorrem de forma verticalizada, depositário-bancário e totalmente descontextualizadas do cotidiano das pessoas, famílias e comunidades. Neste contexto Lucas *et al.* (2021) reforçam a importância das práticas dialógicas nas dinâmicas educativas no contexto das ações de promoção da saúde no contexto da APS. Principalmente quando estas práticas, vislumbram, por meio da educação popular em saúde, a experiência do sofrimento, adoecimento e processo de cura das pessoas.

Em relação ao atributo da longitudinalidade, De Oliveira *et al.* (2012) trazem como recomendações a sugestão de ampliação do papel do profissional de educação física no campo da saúde pública, prevendo um futuro em que a atuação desses profissionais seja mais reconhecida e valorizada. Sob a ótica desses autores a expectativa é de que essa conjuntura se concretize em poucos anos, permitindo que os Profissionais de Educação Física contribuam de maneira mais significativa para a saúde e bem-estar da população como um todo. Sendo assim, a mensagem central do artigo publicado por De Oliveira *et al.* (2012) enfatiza a necessidade de um olhar mais atento e especializado sobre todas as fases do ciclo de vida, promovendo não apenas exercícios físicos,

mas uma verdadeira melhoria na qualidade de vida. Convém destacar que o cotidiano da prática profissional tem evidenciado que uma das potencialidades do Programa Academia Carioca se constitui na possibilidade da criação e fortalecimento do vínculo entre os usuários e profissionais da ESF, incluindo neste cenário os profissionais de educação física.

No que concerne ao atributo da integralidade é necessário reforçar que esse conceito é polissêmico, multifacetado e de certo modo amplo. Desta forma, a análise dos artigos capturados permitiu traçar aproximações com a temática a partir dos seguintes aspectos abordados nos manuscritos:

- A ênfase dada aos elementos da prática do profissional de educação física na APS indica uma abordagem abrangente, voltada não apenas para o controle de doenças crônicas não transmissíveis, mas também para a melhoria da qualidade de vida da população local (De Oliveira, 2012).
- Reforço da importância da integração entre diferentes áreas da saúde com os profissionais de Educação Física, em que pese a necessária articulação dos aspectos sociais, psicológicos e econômicos, que muitas vezes são negligenciados em propostas que se concentram exclusivamente na atividade física (*ibidem*). Estes mesmos autores reforçam também a relevância do apoio institucional para a promoção das boas práticas em saúde no contexto do Programa Academia Carioca, destacando o papel das gerências das clínicas de família e de outros profissionais de saúde.

Em relação ao atributo da coordenação do cuidado verificamos que esse tempo não foi abordado nas produções científicas investigadas na presente revisão, assim como o atributo derivativo que trata da competência cultural. Entretanto, o mesmo não pode ser tratado como premissa quando nos debruçamos sobre o atributo derivativo da orientação familiar e da abordagem comunitária, uma vez que ambos foram explorados nas discussões dos artigos. Como exemplo podemos citar De Oliveira *et al.* (2012) que abordou a importância do cuidado com a população idosa na Academia Carioca,

destacando que o contato social e a prática de exercícios físicos podem suprir, em muitos casos, a carência emocional advinda da falta de atenção que muitos desses indivíduos experienciam em suas relações familiares. Estes autores argumentam que a rotina da sociedade moderna, marcada por pressões das diversas ordens que geram uma demanda reprimida por tempo e atenção. Esta conjuntura frequentemente impede que os familiares mais jovens ofereçam os cuidados necessários aos membros seniores da família, tornando essencial a intervenção em ambientes como a academia.

No que concerne à orientação comunitária Padilha (2015), este autor buscou incentivar a participação comunitária e integração da rede intersetorial de serviços. Isto porque essas iniciativas são essenciais para não apenas o controle das doenças crônicas não transmissíveis, mas também para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira. Contudo, como apontado no estudo deste autor anteriormente citado, o programa ainda está em fase de consolidação, o que limita a avaliação de seus resultados a longo prazo. Sendo assim, é essencial a realização de outros estudos e pesquisas que investiguem sistematicamente a implementação do programa em todo o território do Município do Rio de Janeiro, permitindo com isso uma análise mais robusta e fundamentada da eficácia do Programa.

Outro tema emergente das produções científicas pesquisadas diz respeito à problemática que envolve as lacunas existentes na formação acadêmica dos profissionais de educação física, que grosso modo e salvo melhor juízo é ainda incipiente quando se trata dos aspectos que se relacionam com a atuação deste profissional na APS.

Vale mencionar aqui o estudo de Dias *et al.* (2019), que se propõe a delinear o perfil dos profissionais de educação física que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) do município do Rio de Janeiro, buscando oferecer subsídios para o planejamento de ações tanto para a gestão pública quanto para as instituições de ensino superior. Essa pesquisa é relevante, pois evidencia a necessidade de alinhar a formação acadêmica à realidade do mercado de trabalho, especialmente em um campo tão crucial como a saúde. A análise

deste artigo revela uma preocupação significativa: a maioria dos participantes do estudo relatou a ausência de disciplinas específicas sobre saúde pública durante a graduação. Isso aponta para uma lacuna formativa que pode comprometer a eficácia desses profissionais na APS, uma vez que a atuação na saúde requer conhecimentos e habilidades que vão além da educação física tradicional. O despreparo mencionado é alarmante, pois pode levar a intervenções inadequadas ou até prejudiciais, impactando a qualidade do atendimento à população (*ibidem*).

Neste contexto, a proposta da Assessoria de Atividade Física do Programa Academia Carioca de capacitar todos os profissionais contratados para trabalhar de forma integrada com a APS é uma resposta positiva a essa necessidade. A implantação do Programa Academia Carioca, acompanhada de protocolos e orientações, sugere uma tentativa de padronizar e qualificar a atuação dos profissionais de educação física. No entanto, é crucial que essa capacitação não seja apenas uma medida paliativa, mas sim um compromisso contínuo com a formação e o desenvolvimento profissional, incorporando feedback e atualizações constantes (*ibidem*).

Portanto, embora o estudo traga em relevo informações importantes para a gestão e formação de profissionais, ele também ressalta a urgência da reformulação dos currículos acadêmicos e de promoção uma integração mais efetiva entre o setor educacional e as demandas reais de saúde da população brasileira. Somente assim será possível preparar profissionais de educação física para desempenharem um papel efetivo e qualificado na APS, beneficiando a saúde da comunidade de maneira abrangente (*ibidem*).

No artigo em destaque Dias *et al.* (2019) fica evidente que apesar de todo investimento para inserir o profissional de educação física no campo de atuação da saúde, por meio da atenção primária, é oportuno frisar que este profissional no âmbito da sua formação acadêmica em nível de graduação pouco lhe foi oportunizado conteúdos relacionados à saúde quiçá, na atenção primária.

Desta forma o ingresso de grande parte dos profissionais de Educação Física no Programa Academia Carioca ocorre por intermédio do contato com

profissionais de outras categorias. Atualmente este panorama tem mudado gradativamente em decorrência de algumas iniciativas que visam a capacitação destes profissionais para a APS, sobretudo os programas de residência e os cursos de especialização lato sensu. Com este aumento da oferta de vagas nestes cursos ocorreu a ampliação do conhecimento da participação do Profissional de Educação Física na saúde e, conseqüentemente, no SUS. Em que pese ser bem recente a oferta de cursos de pós-graduação e Programas de Residência para a referida profissão no contexto da Atenção Primária à Saúde, o ingresso e a atuação deste profissional nas unidades de saúde enfrentam diversos desafios (Dias *et al.* (2019).

Por último mas não por fim é premente ressaltar as atribuições do profissional de educação física, uma vez que a mesma ainda está em processo de construção e consolidação na própria rede de saúde do Município do Rio de Janeiro. Sendo assim, passamos a descrever a seguir as diretrizes de atuação do profissional de educação física do Programa Academia Carioca e que neste momento estão em fase de revisão:

Atribuições do Profissional de Educação Física previstas pela Secretaria Municipal de Saúde – RJ

A ASSAF direcionou seus investimentos para a formação de seus profissionais, fazendo com que eles tenham uma capacitação e educação constante, levando em consideração que no currículo acadêmico desses profissionais o conhecimento referente aos elementos da APS é fundamental e, na atualidade, trata-se de algo de extrema importância para a graduação de Educação Física. Sendo assim, no ano de 2011, observa-se também que a ASSAF colocou em prática uma iniciativa técnico pedagógica que recebeu o nome de ACADEMIA CARIOCA ESCOLA, visando assim proporcionar uma melhor qualificação do profissional de Educação Física em serviço, podendo então atender adequadamente às necessidades do atendimento interdisciplinar prestado pela APS. Fato essencial para encontrar um perfil realmente eficiente para a contratação do profissional de Educação Física, estipulando também as competências e atribuições que se espera dos profissionais que atuam no SMS RJ (Oliveira, 2018).

Neste sentido, ressalta-se que todo profissional de Educação Física que visa fazer parte do Programa Academia Carioca deve contar com a formação da Academia Carioca Escola, situação em que o PEF conquista a capacitação teórico-prática para satisfazer as atribuições que se espera nessa atividade e ainda as competências necessárias para que atue em campo. De acordo com o protocolo, documento interno, do Programa Academia Carioca, em linhas gerais as competências são as seguintes: boa comunicação, conhecer os fundamentos técnicos, a conceituação e terminologia da Educação Física, qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública, busca constante por aperfeiçoamento profissional, aptidão pelo trabalho em equipe, sensibilidade para aspectos psicossociais relacionado ao processo saúde-doença, capacidade de adaptar-se a situações novas, facilidade no trato com pessoas de diferentes faixas etárias, habilidade em planejamento e organização de dados, capacidade de organizar grupos e reuniões comunitárias, noções de informática – Pacote Office; Internet; e armazenamento, compartilhamento de arquivos e documentos e uso de ferramentas em nuvem (SMSRJ, 2018).

Destaca-se ainda que, no Programa Academia Carioca, o profissional de educação física, com as competências destacadas acima, deve desenvolver as seguintes atribuições: estruturar e realizar grupos de atividade física e educativas na Atenção Primária à Saúde no âmbito do SUS conforme protocolo do Programa Academia Carioca, atender as demandas da área de atuação de acordo com os atributos da Atenção Primária à Saúde, atuar de forma integrada com a Estratégia Saúde da Família, desenvolver e supervisionar programas de atividade física comunitária e extramuros, Produzir conteúdo para redes de promoção da atividade física presencial e remota, participar das ações, atividades e campanhas sanitárias promovidas pela SMS-RJ (SMSRJ, 2018).

Dessa maneira, as ações de responsabilidade do profissional de Educação Física são integradas às equipes de referência e desenvolvidas após discussão com todo o grupo interdisciplinar que determina as condutas terapêuticas individuais e coletivas que vão ser disponibilizadas para a população. É imperativo reconhecer a importância dos Profissionais de Educação Física

(PEFs) no Programa Academia Carioca de Saúde, dado seu papel fundamental na promoção de hábitos saudáveis e na melhoria da qualidade de vida da população. Esses profissionais são essenciais para implementar atividades físicas que não apenas atendem às necessidades individuais, mas também fomentam a coesão social e o engajamento comunitário.

Além disso, o manual poderia incluir orientações sobre como os PEFs podem colaborar com outras iniciativas de saúde, como o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Ao integrar as ações dos PEFs com essas políticas, seria possível maximizar os benefícios para a comunidade e criar um ambiente de saúde mais coeso e abrangente. A implementação de um manual também facilitaria a formação contínua dos PEFs, garantindo que estejam sempre atualizados sobre as práticas e as diretrizes da Política de Promoção da Saúde. Isso não apenas fortaleceria a atuação desses profissionais, mas também permitiria uma melhor mensuração de seu impacto, contribuindo para a visibilidade e reconhecimento de seu trabalho. Em suma, reconhecer a importância dos Profissionais de Educação Física e oferecer a eles as ferramentas necessárias para uma atuação integrada é essencial para o sucesso do Programa Academia Carioca de Saúde. Um manual bem estruturado pode ser a chave para transformar essa visão em realidade, promovendo um ambiente mais saudável e colaborativo para toda a comunidade.

Conclusão

Como se observou nesta pesquisa entre os poucos artigos que tratam do perfil e atuação do Profissional de Educação Física (PEF), é fundamental para a eficácia do Programa Academia Carioca o conhecimento do papel desse profissional, especialmente dentro do contexto da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro. Esses profissionais não apenas promovem atividades físicas, mas também atuam como agentes de transformação social, incentivando a adoção de estilos de vida saudáveis e a inclusão da comunidade nas práticas de saúde.

Entretanto, a atuação do PEF ainda enfrenta desafios significativos, incluindo a falta de clareza da sua atuação por parte de gestores e demais profissionais da APS. Para que a eficácia do programa seja maximizada, é crucial que os PEFs tenham um espaço adequado para registrar suas contribuições e que seus resultados sejam avaliados de forma sistemática. A falta de compreensão das atribuições pode prejudicar não apenas o programa, mas também sua eficiência.

O desenvolvimento de boas práticas em saúde pelo profissional de educação física não deve ser vista como uma atividade isolada, mas como parte de um esforço colaborativo que envolve múltiplos setores. Um diálogo mais robusto nesse contexto de atuação pode oferecer um suporte valioso para a atuação dos PEFs, permitindo que eles se alinhem com os objetivos mais amplos em sua atuação.

A escassez de achados sobre a atuação desses dos Profissionais de Educação Física no Programa Academia Carioca de Saúde demonstra a importância da criação de documentos e manuais que auxiliem essa prática profissional.

Referências

CARDOSO, J.; GUIMARÃES, J. A. **Programa Academia Carioca: uma inovação na Atenção Primária à Saúde da Cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2016.

CARVALHO, F. D. **Formação e atuação do profissional de Educação Física nos Núcleos de Apoio de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Educação Profissional em Saúde), Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2016.

DA SILVA, Calebe Prado; SILVA, Rodolfo Guimarães; DO CARMO, Lucas Vieira. A invisibilidade do profissional de Educação Física na área da saúde: um desafio a ser superado. In: **Congresso de Educação Física de Volta Redonda**. 2023. p. 1-13.

DE OLIVEIRA, *et al.* A atuação do profissional de educação física no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): Relato de Experiência. Anais do 10º Congresso Internacional da Rede Unida Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. **Interface (Botucatu)** [online], supl. 1, 2012.

DIAS, R. R. *et al.* Perfil do profissional de educação física do Programa Academia Carioca em

atividade na Atenção Primária no município do Rio de Janeiro. **Revista Saúde em Foco (Rio de Janeiro)**, v. 4, n. 2, p. 7-12, 2019.

MENDES, EV. A APS no Brasil. In: Mendes EV, organizador. **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. p. 71-99.

LUCAS, E. A. J. C. F. *et al.* Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: estudo do cotidiano escolar pelo desenho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4193-4204, set. 2021.

OLIVEIRA, J. A. G. **Avaliação da iniciativa Academia Carioca na Estratégia Saúde da Família da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. spe, p. 158-164, set. 2013.

PADILHA, M. A.; OLIVEIRA, C. M.; FIGUEIRÓ, A. C. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 375-386, 2015.

PREFEITURA RIO. Academia Carioca, 2024. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>. Acesso em: 20 jul. 2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Academia carioca**. Rio de Janeiro: SMS, 2021. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>. Acesso em: 20 jul. 2024.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. **Reorganização dos Serviços de Atenção Primária**. Rio de Janeiro: SMS, 2018. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2018/11/REORGANIZA%C3%87%C3%83O-DOS-SERVI%C3%87OS-DE-ATEN%C3%87%C3%83OPRIM%C3%81RIA-A-SA%C3%9ADE-ESTUDO-PARAOTIMIZA%C3%87%C3%83O-DE-RECURSOS.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2024.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 1a. ed. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

ACESSO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO BRASIL: REVISÃO INTEGRATIVA RÁPIDA

Isabela Figueira
Ivone Evangelista Cabral

RESUMO

INTRODUÇÃO: a prostituição, uma prática antiga da humanidade, ainda é vista como desonra e promiscuidade. Mulheres que vivem desta atividade econômica estão expostas a vulnerabilidades e baixa procura pelos serviços de saúde. **OBJETIVO:** integrar conhecimentos disponíveis sobre acesso de mulheres profissionais do sexo à atenção primária à saúde no Brasil **METODOLOGIA:** revisão integrativa de literatura rápida conduzida pelo acrônimo PICO (P, para mulheres profissionais do sexo; I para acesso a atenção primária à saúde; e Co para o contexto geográfico do Brasil) na pergunta: quais são os conhecimentos disponíveis sobre acesso de mulheres profissionais do sexo a atenção primária à saúde no Brasil? A estratégia de busca priorizou fontes e bases de revistas latino-americanas e caribenhas - Biblioteca Virtual de Saúde [BVS], PubMed/Medline; Coleção SciELO e BDENF (Base de dados de Enfermagem)-, publicadas nos últimos 10 anos. Termos do DECS e Mesh foram combinados pelos operadores booleanos (AND, AND NOT e OR) para recuperar estudos com diferentes metodologias e revisões. A análise de conteúdo levou à formulação de três categorias. **RESULTADOS:** atenção primária à saúde (APS) como lócus do cuidado, superação de barreiras de acesso, e integralidade do cuidado revelaram que as mulheres desconhecem os serviços de saúde, têm dificuldades para acessá-los, e medo do estigma e do preconceito dos profissionais de saúde. Esses conhecimentos apontam para a exclusão dos serviços da APS. **CONCLUSÃO:** são mulheres privadas da integralidade dos cuidados por barreiras de acesso forjadas no medo e no

desconhecimento. Urge ações coordenadas pela APS para incluí-las na oferta de cuidados de promoção da saúde e prevenção de doenças.

PALAVRAS-CHAVE: profissionais do sexo; países em desenvolvimento; equidade nos serviços de saúde; acessibilidade aos serviços de saúde; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Prostitution, an ancient practice of humanity, is still seen as dishonorable and promiscuous. Women who make a living from this economic activity are exposed to vulnerabilities and have a low search for health services. **OBJECTIVE:** to integrate knowledge on healthcare delivery to Brazilian female sex workers. **METHODOLOGY:** a rapid integrative literature review was conducted using the acronym PICo (P, for female sex workers; I for healthcare delivery; and Co for the Brazilian context) in the question: what is the knowledge available on the healthcare delivery directed to Brazilian female sex workers? The search strategy prioritized sources and databases of Latin American and Caribbean journals - Virtual Health Library [BVS], PubMed/Medline; SciELO Collection, and BDENF (Nursing Database) - published in the last 10 years. DECS and Mesh terms were combined by Boolean operators (AND, AND NOT, and OR) to retrieve studies with different methodologies and reviews. Content analysis led to the formulation of three categories. **RESULTS:** Primary health care (PHC) as a locus of care, overcoming barriers to access, and comprehensive care revealed that women are unaware of health services, have difficulty accessing them, and fear stigma and prejudice from health professionals. This evidence points to exclusion from PHC services. **CONCLUSION:** Those women may be deprived of comprehensive care due to access barriers forged by fear and lack of knowledge. Coordinated actions by PHC are urgently needed to include them in health promotion and disease prevention strategies.

KEYWORD: sex worker, developing countries, equity in access to health services, health services accessibility, access to primary care.

Introdução

A prostituição é uma prática comercial desde a antiguidade, que consiste na relação sexual entre pessoas cujo vínculo não é o afeto ou o desejo recíproco, mas, sim o ato de proporcionar prazer sexual em troca de dinheiro ou outro tipo de benefício. No curso da história, é uma prática que perpetua estigmas que levam à exclusão social por estar associada a desonra e a promiscuidade (Leal *et al.*, 2019; Costa *et al.*, 2020 [IC1]). Contudo, as tensões desta prática resultam da dissonância que há entre o uso social e a regulamentação.

No Brasil, por um lado, o Decreto-Lei n.º 2.848, de 7 de dezembro de 1940 [IC2], (artigos 228 a 232) considera a prostituição um crime contra os costumes (lenocínio) tipificando penas de reclusão (de 2 a 10 anos) para: facilitação da prostituição por induzir, atrair ou facilitar a prostituição; manutenção de casa de prostituição para proveito econômico da prostituição (rufianismo); e o tráfico de mulheres para explorar a prostituição. Por outro, o Ministério do Trabalho incluiu os verbetes “profissional do sexo” e “trabalhador do sexo” na lista de Classificação Brasileira de Ocupações/CBO (Brasil, 2002), termos que mantêm correlação com a prática da prostituição.

Muitas mulheres ingressam nesta atividade econômica devido a vulnerabilidades socioeconômicas, como ausência de emprego no mercado formal, baixo nível de escolaridade, situações de violência doméstica e ausência do suporte familiar, buscando assim uma forma complementar ou, muitas vezes, única de ganho financeiro (Silva; Carvalho, 2016; Leal *et al.*, 2019). Conseqüentemente, a exposição a vulnerabilidades sociais se soma àquelas resultantes da tensão entre a prática comercial e a regulamentação, condições de trabalho precárias, longas jornadas e violência. Essas vulnerabilidades são acompanhadas pelas de saúde, determinada pela baixa procura dos serviços de atenção primária e dificuldades de acesso a serviços de saúde em geral. Por vezes, em razão do desconhecimento da oferta de cuidados de saúde destinadas a mulheres profissionais do sexo no Brasil, há uma exclusão delas do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a saúde da mulher profissional

ou trabalhadora do sexo tem mais déficit de atenção as necessidades de saúde quando comparadas a outras mulheres (Vidal, 2014).

No Brasil, as mulheres profissionais do sexo representam 1,2% da população feminina com idade entre 15 e 49 anos, correspondendo a aproximadamente meio milhão de mulheres (Brasil, 2013). Muitas dessas mulheres buscam pouco os serviços de saúde potencializando suas vulnerabilidades pela exclusão do sistema de saúde para acesso a ações de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Uma busca rápida na Biblioteca Virtual em Saúde, realizada no dia 8 de outubro de 2024, aplicando-se os termos (“profissionais do sexo” AND “revisão”) AND (la:(“en” OR “pt” OR “es”)) AND (year_cluster:[2014 TO 2024[IC4]]) recuperou 245 documentos publicados em português, inglês e espanhol, no recorte temporal dos últimos 10 anos. Os estudos de revisão mais comuns foram os do tipo rápida, escopo, integrativa, sistemática e metanálise, sistemática qualitativa, grandes revisões e mapeamento de evidências. As regiões que foram objetos da análise se circunscrevem ao continente africano, europeu, asiático, países com baixa e média renda e América Latina. Os estudos de revisão recuperados abordaram precipuamente as infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), inclusive aqueles com recorte para o Brasil.

Contudo, é mister reconhecer que as necessidades de saúde de mulheres profissionais do sexo não se limitam a ações direcionadas à detecção e tratamento de ISTs, pois estes não são as únicas necessidades de saúde delas. É preciso repensar o modelo de prestação de cuidados à saúde, baseado na doença, para centrar-se na integralidade do cuidado da pessoa, suas necessidades, e sob a coordenação da rede de atenção básica à saúde, como porta de entrada do Sistema Único de Saúde. (Giovannella; Franco; Almeida, 2020) (Salmeron, 2012)

As intervenções de saúde recomendadas pelas políticas públicas dirigidas à mulheres são pouco acessadas pelo subgrupo populacional de mulheres profissionais do sexo. Também não se espera que haja recortes assistenciais direcionados especificamente para as profissionais do sexo, haja vista o lenocídio e o estigma social que marcam essa atividade econômica.

Reconhece-se que na literatura científica brasileira há um corpo crescente de estudos que abordam a oferta de cuidados de saúde na atenção primária para mulheres em geral, mas para as profissionais do sexo há uma recorrência de síntese de evidências de natureza epidemiológica das ISTs. Portanto, os avanços na compreensão das necessidades de saúde das mulheres em geral ainda representam um desafio a ser enfrentado pelo grupo de mulheres profissionais do sexo, com evidentes lacunas que precisam ser preenchidas. Nesse sentido, definiu-se como objetivo integrar conhecimentos disponíveis sobre o acesso de mulheres profissionais do sexo à atenção primária à saúde no Brasil.

Metodologia

Escolheu-se o método de Revisão Integrativa de Literatura (RIL) rápida para atender ao objetivo da integração de conhecimentos, por compreender que esse tipo de estudo reúne resultados de pesquisas sobre um tema específico. Implementaram-se as seis etapas propostas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) a saber: identificação do tema e da questão de pesquisa; delimitação dos critérios de elegibilidade dos estudos (inclusão e exclusão) para determinar a representatividade da amostragem dos estudos selecionados para a extração; definição das informações que serão extraídas dos estudos selecionados com vistas à categorização; interpretação dos resultados; e apresentação da revisão e síntese do conhecimento.

O acesso de mulheres brasileiras profissionais do sexo a atenção primária à saúde foi o tema delimitado e cuja pergunta de revisão foi formulada a partir do acrônimo PICO. P corresponde a população de mulheres profissionais do sexo, o I para o fenômeno de interesse correspondente a acesso a atenção primária à saúde, e o Co para o contexto geográfico e cultural do Brasil, resultando na seguinte pergunta: quais são os conhecimentos disponíveis sobre acesso de mulheres profissionais do sexo à atenção primária à saúde no Brasil?

Na segunda etapa, priorizaram-se fontes de informações de bibliotecas com acervo de revistas indexadas nas bases de dados latino-americanas e caribenhas, para a definição da estratégia de busca da literatura representativa

do contexto brasileiro. Para tanto, acessou-se a Coleção SciELO Brasil; na Biblioteca Virtual de Saúde [BVS], as bases LILACS e BDEF (Base de dados de Enfermagem); e no PubMed da National Library of Medicine, a base Medline. À estratégia de busca combinaram-se termos do DECS/Mesh em português e inglês por meio de operadores booleanos (AND, AND NOT e OR) para recuperar estudos que atendessem aos seguintes critérios de elegibilidade: artigos de diferentes metodologias e revisões, oriundos de estudos e pesquisas brasileiras que abordassem a mulher profissional do sexo, publicados em português e inglês, nos últimos 10 anos, com foco na atenção primária à saúde. Foram excluídos artigos que abordassem mulheres transgêneros, teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso. Para a seleção dos artigos incluíram-se os seguintes descritores em saúde DeCS (Descritores da Ciência da Saúde): Profissionais do Sexo/ Trabalhadoras do Sexo; Equidade nos serviços de Saúde, Acessibilidade aos serviços de Saúde, Acesso aos Serviços de Saúde; bem como os seus correspondentes em inglês no MeSH (Medical Subject Headings) Sex Worker, Equity in Access to Health Services, Health Services Accessibility, Access to Primary Care.

Quadro 1. Estratégias de busca

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS/CHAVE DE BUSCA	RESULTADO QUANTITATIVO DAS BUSCAS (n)
PubMed/ MEDLINE	health services accessibility health equity OR Health Vulnerability OR social determinants of health OR access TO care OR access primary care OR access TO health car [TIAB] AND “SEX WORK” [TIAB] OR “SEX WORKER” [TIAB] OR “Sex Worker Clients” OR “PROSTITUTES” [TIAB] AND WOMAN AND BRAZIL NOT Developed Countries [TIAB] NOT MAN NOT Transgender Persons	11
BVS/LILACS	(profissionais do sexo) AND (acessibilidade aos serviços saúde*) OR (promoção a saúde) OR (atenção primária saúde) OR (vulnerabilidade saúde) AND NOT (pessoas transgênero) AND (mulheres AND NOT (minorias sexuais de gênero) AND db:(“LILACS AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	29
BVS/ BDEF - Enfermagem	(profissionais do sexo) AND (acessibilidade aos serviços saúde*) OR (promoção a saúde) OR (atenção primária saúde) OR (vulnerabilidade saúde) AND NOT (pessoas transgênero) AND (mulheres AND NOT (minorias sexuais de gênero) AND db:(“BDEF AND (year_cluster:[2014 TO 2024])	14

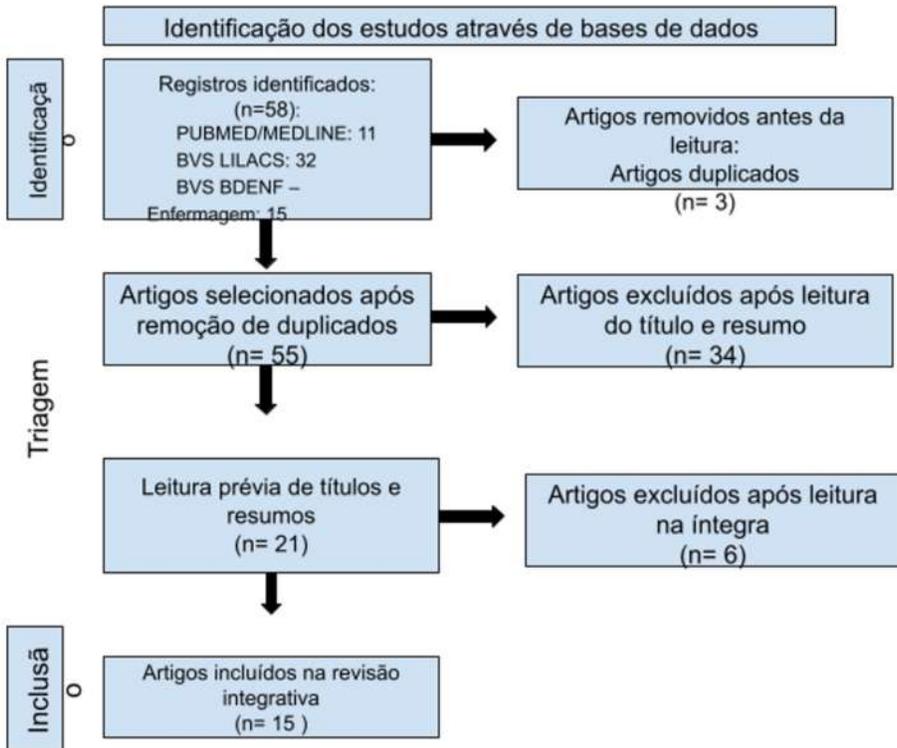
Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A seleção inicial dos artigos foi realizada mediante leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, foram eliminados os registros duplicados através da plataforma Rayyan, considerando-os apenas uma vez. Após a exclusão dos artigos duplicados (n=3), foi realizada a leitura do título e resumo e excluídos os artigos que não se referiam à pergunta de pesquisa. Os estudos que ficaram após essa análise, foram lidos na íntegra e selecionados aqueles que atendessem ao objetivo proposto. Inicialmente foram encontrados 58 artigos, sendo 11 na plataforma *Web of Science e National Library of Medicine* (PubMed/Medline); 32 na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 15 na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). A partir desses foram excluídos os artigos duplicados e 34 que não tinham conformidade com a busca.

Foram descartados 6 pesquisas por não contemplarem o objetivo desta pesquisa. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos e selecionados 15 artigos para a leitura minuciosa e na íntegra.

A seguir, o fluxograma ilustra como foi a seleção dos estudos para análise (Figura 1).

Figura 1.



Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

Os 15 artigos selecionados foram lidos na íntegra e submetidos a análise temática, segundo Minayo.

Resultados

Foi escolhido o país Brasil como comunidade, devido a divergências e especificidades de cada região do Brasil, 04 recortes de estudos de outras pesquisas já realizadas, a nível Brasil, 2 artigos da região Sudeste, 8 da região nordeste e 2 do Sul. Para melhor compreensão dos artigos incluídos, foi criado um quadro resumo com a síntese dos dados (Quadro 2), título, autor, objetivos, metodologia e principais achados.

Quadro 2. Síntese dos estudos incluídos na revisão, segundo título, idioma, autor, ano, objetivos, metodologia

Título	Autor(es)/ Ano	Objetivos	Metodologia
“Percepções de profissionais do sexo sobre o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde”	Pastori, Colmanetti e Aguiar (2022)	Analisar o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde a partir da ótica das profissionais do sexo.	Qualitativo. Participantes: 19 mulheres. Região: Sudeste.
“Itinerários terapêuticos e rotas críticas de profissionais do sexo no acesso aos serviços de saúde”	Costa et al. (2020)	Descrever os itinerários terapêuticos e rotas críticas desveladas no discurso de profissionais do sexo quanto ao acesso à saúde.	Estudo descritivo, exploratório, qualitativo, realizado em uma casa de prostituição, com 12 mulheres profissionais do sexo. Região: Nordeste.
“Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a ‘cama da casa’ e a ‘cama da rua’”	Sousa et al. (2019)	Compreender os limites e barreiras associados à prevenção e ao teste diagnóstico do HIV em profissionais do sexo feminino.	Estudo qualitativo, Rapid Anthropological Assessment (Avaliação Antropológica Rápida). População: 37 mulheres profissionais do sexo. Região: Nordeste.
“Percepções de mulheres profissionais do sexo sobre acesso ao teste HIV: incentivos e barreiras”	Sousa et al. (2019)	Discutir as barreiras e incentivos identificados pelas profissionais do sexo para a realização do teste HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), relacionados à organização das ações e serviços no Sistema Único de Saúde.	Qualitativo, realizado por entrevista semiestruturada. População: 37 mulheres profissionais do sexo. Região: Nordeste.
“Perceptions of quality of life of female sex workers from the rural area of the Sertão Produtivo Baiano, Brazil”	Couto et al. (2023)	Compreender os significados que mulheres trabalhadoras do sexo residentes em áreas rurais atribuem à qualidade de vida, utilizando a perspectiva fenomenológica de Sartre.	Estudo qualitativo de um projeto maior. Foram entrevistadas 30 mulheres trabalhadoras do sexo. Região: Nordeste.
“Health vulnerabilities in female sex workers in Brazil”	Braga et al. (2016)	Descrever indicadores de saúde selecionados entre profissionais do sexo em 12 cidades brasileiras em 2016.	Quantitativo. 4.328 TSM recrutadas por amostragem orientada por respondentes em 12 cidades brasileiras.
“Autonomy and Care in Context: The Paradox of Sex Workers’ Acceptability of HIV Self-Testing in São Paulo, Brazil”	Murray et al. (2022)	Analisar a aceitabilidade de trabalhadoras sexuais cisgênero em usar o HIV-ST oral em São Paulo (SP), Brasil.	Quantitativo. População: mulheres. Região: Sudeste.
“Estigma do trabalho sexual e não divulgação aos profissionais de saúde”	Dourado et al. (2019)	Investigar a não divulgação do trabalho sexual para provedores de assistência médica entre trabalhadoras do sexo no Brasil e sua associação com a utilização de serviços de assistência médica.	Amostragem transversal conduzida por respondentes, realizada em 12 cidades brasileiras, com 350 mulheres profissionais do sexo.

“Aborto induzido entre mulheres profissionais do sexo brasileiras: um estudo qualitativo”	Madeiro e Diniz (2015)	Descrever como prostitutas realizam abortos ilegais e as consequências para a saúde desses procedimentos.	Qualitativo. Entrevistas semiestruturadas com 39 prostitutas de três cidades do Brasil (Porto Alegre, Belém e Teresina).
“Aspectos associados à qualidade de vida das profissionais do sexo”	Leal et al. (2019)	Analisar os aspectos sociodemográficos e laborais associados à qualidade de vida das profissionais do sexo.	Estudo quantitativo, descritivo, exploratório, censitário, de corte transversal. Região: Nordeste.
“Situações de vulnerabilidade à violência vivenciada por mulheres profissionais do sexo”	Smaniotta Gehlen et al. (2018)	Descrever as situações individuais de vulnerabilidade à violência vivenciada por mulheres profissionais do sexo.	Estudo de abordagem qualitativa cujo método empregado foi o estudo de caso. Região: Sul.
“Práticas de risco e imunização contra hepatite B em mulheres profissionais do sexo”	Magalhães et al. (2016)	Identificar o uso da vacina contra hepatite B e práticas de risco em mulheres profissionais do sexo.	Quantitativo. Região: Nordeste.
“Violência contra mulheres profissionais do sexo: concepções e ações dos trabalhadores da atenção básica”	Silva, Bort e Costa (2016)	Analisar as concepções dos trabalhadores da atenção básica frente às situações de violência vividas pelas profissionais do sexo e as ações de cuidado desenvolvidas diante dessa problemática.	Qualitativo. Região: Sul.
“Cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo”	Brito (2019)	Compreender o cotidiano de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres profissionais do sexo.	Qualitativo. Região: Nordeste.
“Uso de anticoncepcionais hormonais por prostitutas: correlação com marcadores de vulnerabilidade social”	Couto et al. (2019)	Analisar a correlação dos marcadores de vulnerabilidade social com o uso de anticoncepcionais hormonais por prostitutas.	Quantitativo.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A definição das categorias e subcategorias foram realizadas a partir da análise dos dados encontrados nos artigos selecionados permitindo sua sistematização em relação a consensos, dissensos e lacunas do material coletado. Foram identificadas quatro categorias de análise (quadro 3): 1) Estigma e Preconceito; 2) Vulnerabilidade e Determinantes de Saúde 3) Acesso e Acessibilidade e 4) Despreparo das Equipes de Saúde.

Quadro 3. Categorias de Análise dos Artigos

Categorias	Barreiras	Facilitadores
1. Estigma e Preconceito	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omitir sobre o que trabalho, devido ao medo do preconceito. 2. Quebra de Sigilo. 3. A gestão do estigma espacial impacta o acesso aos serviços de saúde. (As mulheres se referiram às clínicas de saúde pública como espaços onde poderiam receber informações e suprimentos para cuidar de si mesmas, mas não como espaços onde se sentiam confortáveis para falar sobre seu trabalho). 4. Os profissionais de saúde veem as trabalhadoras do sexo como marginalizadas e vulneráveis. 5. O medo de denúncia policial impede as mulheres de procurar atendimento médico. 	-
2. Vulnerabilidade e Determinantes Sociais	<ol style="list-style-type: none"> 1. As barreiras incluem questões financeiras e discriminação nos serviços de saúde. 2. As mulheres profissionais do sexo associam qualidade de vida à saúde, à vida saudável, à alimentação e aos meios para obtê-los. Sem estes, terão que trabalhar mais e terão mais dificuldades em acessar os serviços de saúde. 3. Mulheres profissionais do sexo, quanto mais jovens há mais dificuldade em acessar os serviços de saúde. 4. A maioria adquire misoprostol ilegalmente, levando a complicações de saúde. 	-
3. Dificuldade no acesso e Acessibilidade	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dificuldade de espera para atendimento de saúde, devido ao tempo prolongado de espera. 2. Barreira para fazer o teste rápido devido à falta de vagas por demanda espontânea que não fosse por ocasião do pré-natal. 3. Maior dificuldade de conseguir atendimento no 'posto de saúde' mais próximo da residência ou na zona de prostituição. 5. Preferem buscar o serviço privado, devido à demora na entrega de resultados de exames e facilidade na entrega dos exames. 7. O desconhecimento sobre o acesso a serviços de saúde e o custo da vacina impedem o acesso à imunização de populações de maior vulnerabilidade. 9. Condições estruturais de acesso ao teste para HIV (disponibilidade do teste em locais não relacionados à saúde e a oferta em horário extracomercial). 10. As mulheres procuram serviços de saúde para problemas de saúde específicos. 11. Os serviços de emergência são usados devido às dificuldades de acesso. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. O acesso habitual melhora a utilização e a prevenção dos serviços de saúde. 2. A descentralização efetiva do atendimento para serviços básicos foi identificada como um incentivo. 3. Os cuidados primários de saúde foram identificados como a principal fonte de acesso, principalmente na Atenção Primária. 4. Os incentivos incluíam mais locais de teste e horários alternativos de unidades de saúde.

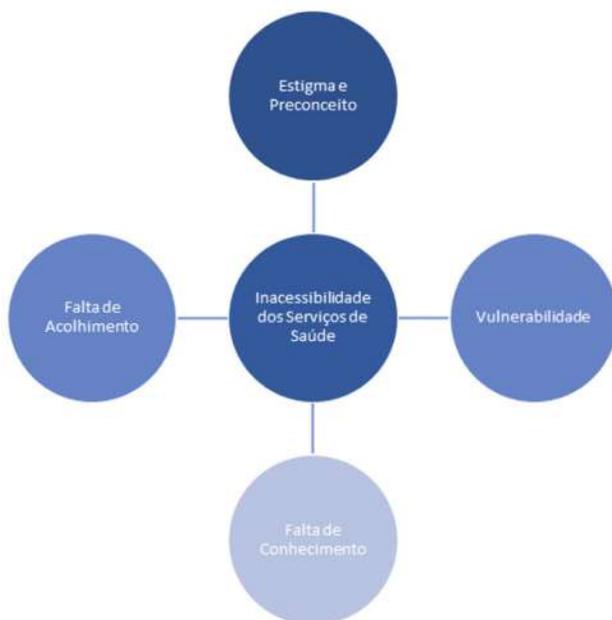
4. Despreparo das Equipes de Saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Testes rápidos de infecção sexualmente transmissível apenas para gestantes. 2. Invisibilidade ou não aceitação da prostituição como meio de vida e trabalho. 3. Ações de vigilância em saúde para profissionais do sexo são frequentemente negligenciadas. 4. As práticas de saúde para profissionais do sexo são frequentemente negligenciadas. 5. Falta de política pública para a população. 6. As considerações de saúde devem incluir fatores contextuais além dos aspectos biológicos. 7. Desconhecimento dos locais de serviços de saúde. 8. Barreiras institucionais dificultaram o acesso aos serviços de saúde comunitários. 9. Os provedores de saúde precisam de treinamento para lidar com o estigma e a discriminação. 	
---	---	--

Fonte: Dados consolidados pela autora da pesquisa (2023).

Discussão

No que tange às barreiras de acesso à saúde, os resultados evidenciam a prevalência de aspectos negativos, manifestados pela redução do acesso em decorrência do estigma e preconceito, especialmente devido à ausência de acolhimento por parte dos profissionais de saúde, que, por falta de competência cultural, restringem sua abordagem ao modelo biomédico. Essa falta de sensibilidade impede a compreensão das práticas de saúde das profissionais do sexo, resultando na invisibilidade dessa população. Como consequência, agrava-se a vulnerabilidade desse grupo, o que cria obstáculos adicionais ao acesso e resulta em uma negligência dos cuidados necessários. Assim, essas mulheres são levadas a buscar serviços privados ou, em alguns casos, a perder seus direitos em razão da falta de informação sobre os serviços disponíveis nas clínicas e hospitais.

Figura 2. Conhecimentos disponíveis sobre acesso



Fonte: Elaborado pelos utores, 2024.

Estigma e preconceito

Segundo Goffman, o estigma é como uma característica do sujeito que, transformada socialmente em atributo negativo, desqualifica-o e cria obstáculos para seu acesso aos bens materiais e simbólicos, argumenta-se que a escolha das marcas que vão operar como estigmas não é arbitrária, pode estar associado a amarras sociais de produção de desigualdades, como gênero, raça/etnia, classe social, sexualidade e outros (Goffman, 1982).

Os artigos de estudo afirmam que estigma das profissionais do serviço nos serviços, quando são recepcionados, são julgados pelo modo como se vestem, pelo uso de tatuagem e adereços que a própria sociedade traz como um grupo de práticas imorais. Há nesse contexto um sentimento de inferiorização e estigmatização por parte do serviço, que repercute em um não pertencimento dessas usuárias para com o sistema de saúde. Como consequência, outros serviços são buscados, em especial, as clínicas de atendimento particular (Costa ASSFC, 2020).

Vulnerabilidade e determinantes sociais

O trabalho sexual é uma pauta pública que envolve polêmica tanto no âmbito nacional quanto internacional. Falar sobre o tema é, mesmo que de maneira indireta, refletir sobre desigualdade social, feminismo e trabalho. Trocar sexo por dinheiro (ou por outros meios de sustento) é uma atividade que antecede o capitalismo, contudo, a venda do sexo continua gerando muitas discussões (Silva; Blanchette, 2017).

Assim, ao analisar o acesso das profissionais do sexo aos recursos e serviços, incluindo os de saúde, o estigma se revela como um obstáculo significativo à realização de seus direitos, o que agrava suas vulnerabilidades, tanto as de natureza sexual quanto mental. A prostituição caracteriza-se por uma relação sexual em que o vínculo não é baseado em afeto ou desejo mútuo, mas sim na troca de prazer sexual por dinheiro ou outros benefícios.

Esse contexto é frequentemente marcado por discriminação e marginalização, e a maioria das pessoas envolvidas nesse trabalho são mulheres (Villela; Monteiro, 2015).

Acesso e acessibilidade

Constatou-se que as profissionais do sexo demonstram relutância em procurar os serviços de saúde do SUS e têm uma percepção negativa sobre o sistema. Elas relatam problemas como a lentidão no atendimento, a falta de resposta às suas necessidades e a ausência de cuidados e tecnologias específicas. Essa situação evidencia o afastamento desses profissionais da rede pública de saúde e do cotidiano dos serviços oferecidos, especialmente aqueles vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), levando-as a optar por serviços de saúde privados (Costa, 2020).

Despreparo da equipe de saúde

De acordo com os estudos selecionados, a maioria informa a importância das ações voltadas à prevenção e promoção feitas pela APS, com

intuito de alcançar essa população, levar a promoção à saúde, tratamento e prevenção de agravos. Entende-se que nas atividades de Promoção da Saúde reside a estratégia de atingir estas mulheres, visto que por meio delas, é possível ampliar os espaços de debate e reflexão, auxiliar no acesso ao conhecimento, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia dessas mulheres, da emancipação e do compromisso delas com o cuidado em saúde, de sua família e da comunidade em que vivem (Martins; Souza, 2017).

É de extrema importância que os profissionais de saúde sejam neutros e livres de estigma e que compreendam que são usuários dos serviços de saúde que devem ser protagonistas do cuidado, é necessário que estejamos realmente aptos a reconhecer as necessidades especiais das subpopulações que podem não estar em evidência devido a características étnicas, raciais ou outras características culturais especiais (Starfield, 2002).

Portanto, compreender o complexo processo de acesso aos cuidados de saúde por mulheres profissionais do sexo requer abordagens de investigação que vão além do foco na medição do “risco” individual relacionado a infecções sexuais transmissíveis, deverá abranger uma diversidade de experiências, pontos fortes e necessidades que necessitam de uma metodologia de pesquisa que possa capturar essas realidades (Harcourt, 2005).

Conclusão

Embora haja poucos estudos, esta revisão permitiu identificar que os determinantes de saúde são influenciados por fatores como o estilo de vida, as condições socioeconômicas e o acesso aos serviços de saúde e à informação. Esses elementos impactam a percepção de risco individual entre essas mulheres, aumentando sua vulnerabilidade, que agrava-se profissão, que expõe várias fragilidades, como violência, uso de substâncias, gravidez indesejada, abortos, desenvolvimento de doenças e transtornos mentais. Apesar desses riscos, a busca por serviços de saúde de forma preventiva é limitada, sendo mais comum apenas em casos de doenças propriamente dita.

É fundamental criar estratégias e intervenções de promoção da saúde para alcançar essas mulheres por meio dos serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS). Isso pode ser feito através de ações nos territórios, que visem informar a população sobre os serviços disponíveis e capacitar as equipes de saúde para receber essas mulheres sem preconceitos, de maneira humanizada e igualitária, como elas merecem.

Assim promovendo conhecimento sobre práticas preventivas e de promoção da saúde, como o cuidado e o autocuidado e a busca pela qualidade de vida. Assim, a assistência a essas mulheres deve ser baseada em ações universais, integrais e equitativas, além de ser centrada nas mesmas, oportunizando educação em saúde, seja para os profissionais de saúde para um melhor acolhimento, como para essa população.

Espera-se que este estudo possa servir de instrumento de discussão, crítica e reflexão dos profissionais que desenvolvem no cotidiano da prática profissional, ações destinadas a orientar profissionais de saúde, mas também fomentar uma mudança cultural que respeite a dignidade e a autonomia dessas mulheres. Reconhecer seus direitos e garantir acesso equitativo a cuidados de saúde de qualidade são passos essenciais para promover uma sociedade mais justa e inclusiva para todas estas mulheres.

Referências

BRAGA, L. P. *et al.* Health vulnerabilities in female sex workers in Brazil, 2016. **Medicine**, v. 101, n. 35, p. e30185, 2 set. 2022.

CARVALHO, R. S.; OLIVEIRA, J. M. C. de. Regulamentação da Prostituição no Brasil. **Revista Jurídica Direito, Sociedade e Justiça**, v. 5, n. 6, 2018.

CBO. Classificação Brasileira de Ocupações: CBO – 2010 – 3ª ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. v. 3, 196 p. Disponível em: https://portalfat.mte.gov.br/wp-content/uploads/2016/04/CBO2002_Liv3.pdf. Acesso em: 11 dez. 2024.

COSTA, A. S. S. F. *et al.* Itinerários terapêuticos e rotas críticas de profissionais do sexo no acesso aos serviços de saúde. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, p. 53-64, 11 jan. 2020.

COUTO, P. S. *et al.* Percepções de qualidade de vida de mulheres profissionais do sexo da zona rural do Sertão Produtivo Baiano, Brasil: um estudo fenomenológico. **Saúde Rural e Remota**, v. 23, p. 6808, 2023.

DOURADO, I. *et al.* Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: data from a large RDS study among FSW in Brazil. **BMC International Health and Human Rights**, v. 19, n. 1, p. 8, 5 mar. 2019.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciênc saúde coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-82, 2020.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOUVEIA, E. A. H.; SILVA, R. D. O.; PESSOA, B. H. S. Competência Cultural: uma Resposta Necessária para Superar as Barreiras de Acesso à Saúde para Populações Minorizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 1 suppl 1, p. 82–90, 2019.

GUERTA PASTORI, B.; BILIATO COLMANETTI, A.; DE AZEVEDO AGUIAR, C. Percepções de profissionais do sexo sobre o cuidado recebido no contexto assistencial à saúde. **Journal of Human Growth and Development**, v. 32, n. 2, p. 275–282, 23 jun. 2022.

LEAL, C. B. D. M. *et al.* Aspectos associados à qualidade de vida das profissionais do sexo. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 13, n. 3, p. 560, 16 mar. 2019.

LIMA, F. S. D. S. *et al.* Fatores associados à violência contra mulheres profissionais do sexo de dez cidades brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, 2017.

MADEIRO, A. P.; DINIZ, D. Induced abortion among Brazilian female sex workers: a qualitative study. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 587–593, fev. 2015.

MAGALHÃES, R. D. L. B. *et al.* Fatores associados à realização do exame citopatológico em mulheres profissionais do sexo. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 32, 27 nov. 2018.

MARTINS, T. A. *et al.* Incentives and barriers to HIV testing among female sex workers in Ceará. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 64, 22 jun. 2018.

MATTEONI, T. C. G. *et al.* Fonte habitual de cuidado em saúde e o uso de serviços de saúde sexual e reprodutiva entre mulheres trabalhadoras do sexo no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 10, p. e00188120, 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, 2008.

MURRAY, L. R. *et al.* Autonomy and Care in Context: The Paradox of Sex Workers' Acceptability of HIV Self-Tests in São Paulo, Brazil. **Archives of Sexual Behavior**, v. 51, n. 5, p. 2699, 24 nov. 2021.

OLIVEIRA, M. A. DE C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158–164, set. 2013.

PRIETO, J. B. *et al.* Linked factors to access to sexual health checkups of female sex workers in the metropolitan region of Chile. **International Journal of Public Health**, v. 64, n. 3, p. 355–363, abr. 2019.

SOUSA, R. M. R. B. *et al.* Percepções de mulheres profissionais do sexo sobre acesso do teste HIV: incentivos e barreiras. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 113, p. 513-525, abr. 2017.

SOUSA, R. M. R. B. *et al.* Prostituição, HIV/Aids e vulnerabilidades: a “cama da casa” e a “cama da rua”. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 423-428, dez. 2017.

STARFIELD, B. **Primary care**: balancing health needs, services, and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.

STARFIELD, B. Global health, equity, and primary care. **Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 19, n. 6, p. 511–513, 2006.

SZWARCWALD, C. Taxas de prevalência de HIV e sífilis e conhecimento, atitudes e práticas de risco relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis no grupo das mulheres profissionais do sexo: relatório de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

THE BRAZILIAN FSW GROUP *et al.* Sex work stigma and non-disclosure to health care providers: data from a large RDS study among FSW in Brazil. **BMC International Health and Human Rights**, v. 19, n. 1, p. 8, dez. 2019.

USSO, G. No labirinto da prostituição: o dinheiro e seus aspectos simbólicos. **Caderno CRH**, v. 20, n. 51, p. 497-514, 2007.

VIDAL, C. E. L. *et al.* Preditores de prováveis transtornos mentais comuns (TMC) em prostitutas utilizando o Self-Reporting Questionnaire. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 63, n. 3, p. 205-212, set. 2014.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 3, p. 531-540, set. 2015.

PERCEÇÃO DE FAMILIARES QUANTO À MORTALIDADE MATERNA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Priscila Dayube da Silva Cruz
Carla Luzia França Araújo
Alicia Regina Navarro Dias de Souza
Andreza Pereira Rodrigues

RESUMO

INTRODUÇÃO: A mortalidade materna é um problema de saúde pública e um dos mais importantes indicadores globais de saúde e social de um país, por revelar importantes iniquidades sociais. **OBJETIVO:** Identificar e analisar publicações indexadas em bases de dados que abordem as repercussões da morte materna na família. **METODOLOGIA:** Pesquisa que utilizou como metodologia a revisão integrativa de literatura. A pergunta norteadora foi elaborada através da estratégia PCC. A busca foi realizada em Outubro de 2024 nas bases de dados SciELO, *NationalLibrary of Medicine - Medline via PubMed* e no portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com a utilização dos descritores Mortalidade Materna e Família, os quais foram cruzados com o operador booleano *and*, em busca de artigos escritos em português, inglês e espanhol, disponíveis em meio eletrônico, na íntegra, publicados entre os anos 2002 e 2024. **RESULTADOS:** Foram identificados 9 artigos na SciELO, 835 artigos na PubMed e 198 artigos na base BVS. As publicações foram revisadas sendo selecionadas 14 que respondiam a pergunta da pesquisa. Dessas, 7 eram pesquisas qualitativas, 3 de método misto, 2 revisões integrativas e 1 estudo de coorte. **CONCLUSÃO:** Embora ainda sejam escassos os trabalhos sobre a temática estudada, conclui-se que a mortalidade materna apresenta repercussões na família, causando consequências negativas na economia das famílias, efeitos negativos na saúde e na educação das crianças órfãs e alterações na dinâmica familiar.

PALAVRAS-CHAVE: mortalidade materna; família e percepção social.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Maternal mortality is a public health problem and one of the most important global indicators of a country's and social health, as it reveals important social inequities. **OBJECTIVE:** To identify and analyze publications indexed in databases that address the repercussions of maternal death on the family. **METHODOLOGY:** This study used an integrative literature review as its methodology. The guiding question was developed using the PCC strategy. The search was carried out in October 2024 in the SciELO, National Library of Medicine - Medline via PubMed and Virtual Health Library (VHL) databases using the descriptors Maternal Mortality and Family, which were crossed with the Boolean operator and, in search of articles written in Portuguese, English and Spanish, available in electronic format, in full, published between 2002 and 2024. **RESULTS:** 9 articles were identified in SciELO, 835 articles in PubMed and 198 articles in the BVS database. The publications were reviewed and 14 were selected which answered the research question. Of these, 7 were qualitative studies, 3 were mixed-method studies, 2 were integrative reviews and 1 was a cohort study. **CONCLUSION:** Although studies on the subject are still scarce, it can be concluded that maternal mortality has repercussions for the family, causing negative consequences for the family economy, negative effects on the health and education of orphaned children and changes in the family dynamics. **KEYWORDS:** maternal mortality; family e social perception.

Considerações iniciais

A mortalidade materna é um dos mais importantes indicadores globais de saúde pública e social de um país, refletindo a qualidade de atenção à saúde da mulher desde o planejamento familiar até a assistência pré-natal, parto e puerpério e, às condições socioeconômicas do país. Essas mortes não se distribuem de forma uniforme entre as mulheres e revelam importantes iniquidades sociais, concentram-se em países em desenvolvimento e afetam principalmente as mulheres negras, de menor renda e escolaridade (Freitas, 2020).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), define a morte materna como:

[...] morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação à ela, porém, não devida a causas acidentais ou incidentais.

Os óbitos maternos podem ser por divididos em dois tipos: mortes maternas obstétricas diretas, aquelas que ocorrem por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal por assistência inadequada, ou mortes maternas obstétricas indiretas, relacionadas ao agravamento de comorbidades existentes antes da gestação ou que se desenvolveram durante a gestação, não relacionadas a causas obstétricas diretas, mas agravadas pela gravidez. Existem ainda as com causas obstétricas indeterminadas, onde as causas não são especificadas (Rezende, 2014).

Parâmetros elevados deste indicador são característicos de países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, sendo também um indicador de iniquidades, pois apresenta-se mais elevado nos locais socioeconômicos mais deficientes, demonstrando acesso desigual aos serviços de saúde (planejamento reprodutivo, assistência ao pré-natal, parto e puerpério) (OPAS, 2008).

As mortes maternas por causas diretas representam cerca de 75% do total de óbitos maternos no mundo. No Brasil, elas representam aproximadamente 66% das mortes maternas, tendo as síndromes hipertensivas, as hemorragias, as infecções puerperais e as complicações do aborto como as suas principais causas, sendo as síndromes hipertensivas a principal delas (Brasil, 2022). Mesmo sendo considerada um grave problema de saúde pública, ainda apresenta baixa taxa de controle, o que expressa a qualidade da assistência à saúde da mulher durante o período gravídico puerperal.

Na última década, foi possível observar uma desaceleração na redução da mortalidade materna e, com isso, o risco de não cumprimento das metas

de redução da morte materna dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 (ODS 3). Sabendo que ainda é muito elevado o número de mulheres que morrem a cada ano, que a maioria dessas mortes é evitável e que a pandemia de COVID-19 trouxe um retrocesso nos indicadores de saúde materna, a OPAS lançou a campanha Zero Mortes Maternas -Evitando o Evitável, com o objetivo de fortalecer os esforços e reforçar o compromisso dos países membros em erradicar as mortes maternas evitáveis e garantir os direitos fundamentais das mulheres (OPAS, 2023).

A morte materna impacta profundamente não só na mulher mas também na comunidade e na sua família, principalmente no marido e nos filhos órfãos. Embora seja um dos mais importantes indicadores de saúde pública, existem poucos estudos que se propõem a conhecer e analisar as alterações no núcleo familiar. A maior parte da literatura apresenta dados quantitativos sobre tendências epidemiológicas, fatores de risco e tratamento das complicações relacionadas à gravidez. Porém, considerar apenas esses dados, não é o suficiente, é preciso compreender a realidade de vida dessas mulheres e de suas famílias. Diversas pesquisas revelam que a morte materna resulta em lacunas significativas no suporte, na estrutura e na dinâmica familiar. A morte precoce da mulher traz dificuldades socioeconômicas, no acesso à saúde física e mental, no acesso à educação pelas crianças órfãs, desestruturação familiar, além de maior risco de morte na infância (Yamin, *et al.*, 2015; Lawrence, *et al.*, 2022; Knight, *et al.*, 2015). Com isso, é fundamental conhecer as repercussões da morte materna na família.

Materiais e métodos

O presente artigo é parte da dissertação de mestrado ainda em andamento e utilizou como método a Revisão Integrativa de Literatura (RI). O objetivo da revisão é conhecer as percepções dos familiares quanto à mortalidade materna. A revisão integrativa tem como objetivo reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um tema específico. A pesquisa foi realizada

utilizando as 6 etapas propostas por Mendes *et al.* (2008): (1) identificação do tema e elaboração da pergunta norteadora; (2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; (3) coleta dos dados que serão extraídos dos estudos; (4) análise crítica dos estudos selecionados; (5) interpretação dos resultados; e (6) apresentação da revisão dos conteúdos.

Foi utilizada a estratégia PCC, a qual representa um acrônimo para População (P), Conceito (C) e Contexto (C), onde P são os familiares de mulheres falecidas por causas maternas, o C as percepções quanto à mortalidade materna e o outro C a mortalidade materna. Obedecendo à primeira etapa, elaborou-se a seguinte questão norteadora: “Quais são as evidências científicas produzidas acerca das percepções dos familiares quanto à mortalidade materna?”

Com intuito de responder esse questionamento com foco na realidade brasileira, foi realizada busca nas seguintes bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO), *National Library of Medicine - Medline via PubMed* e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a seleção dos artigos foram considerados os seguintes descritores em saúde DeCS (Descritores da Ciência da Saúde) “mortalidade materna” e família, bem como os seus correspondentes em inglês no MeSH (*Medical Subject Headings*) *maternal mortality* e *family*, combinados com o operador booleano AND (Quadro 1). A busca aconteceu no mês de Outubro de 2024.

Quadro 1. Estratégias de busca

BASES DE DADOS	ESTRATÉGIAS/CHAVE DE BUSCA	RESULTADO QUANTITATIVO DAS BUSCAS (n)
PubMed	(Family[MeSH] OR Family[tiab]) AND (Maternal mortality[MeSH] OR Maternal mortality[tiab])	835
BVS	“mortalidade materna” AND família	198
SciELO	“mortalidade materna” AND família	9

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

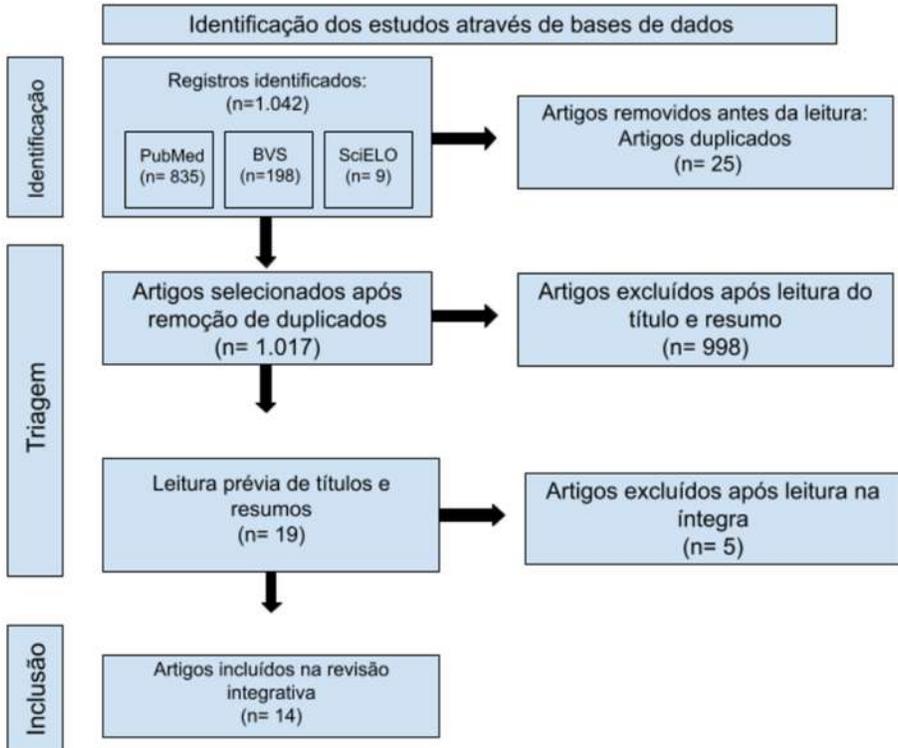
Como critérios de inclusão para o estudo delimitou-se apenas artigos publicados e indexados em bases de dados, com resumos e textos completos disponíveis online e em livre acesso, nos idiomas português, inglês e espanhol e que respondem à questão norteadora. Para critérios de exclusão adotou-se: teses, dissertações e trabalhos de conclusão de curso.

Em 2002, um caso emblemático para a comunidade nacional e internacional ocorre no Brasil. A morte de Alyne Pimentel traz à tona a problemática da morte materna pela falta de atendimento adequado e a luta da família na busca por justiça, levando o Brasil à câortes internacionais. Em 2011, é lançada uma reorganização no Sistema Único de Saúde e, especificamente na atenção obstétrica, a Rede Cegonha surge como uma proposta de reorganização de toda a rede assistencial com vistas a responder não só aos problemas enfrentados por Alyne, mas que ainda persistiam causando mortes maternas. Em 2024, é lançada a Rede Alyne, mais um passo no reconhecimento de que as iniquidades que geram a morte materna serão enfrentadas pelo governo brasileiro. Nesse sentido, o recorte temporal definido para a revisão foi de 2002 a 2024.

Após a busca, os estudos foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão. Foram eliminados os registros duplicados através da plataforma Zotero, considerando-os apenas uma vez. Após a exclusão dos artigos duplicados (n= 25), foi realizada a leitura do título e resumo e excluídos os artigos que não se referiam à pergunta de pesquisa. Os estudos que ficaram após essa análise, foram lidos na íntegra e selecionados aqueles que atendessem ao objetivo proposto.

Foram identificados 1.042 artigos, sendo 9 na SciELO, 835 na PubMed e 198 na BVS. Atenderam aos critérios de inclusão 14 artigos, conforme se observa na Figura 1, elaborado de acordo com as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic and Meta-Analyses* (PRISMA).

Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 adaptado para trabalhos cientiométricos (português)



Fonte: Elaborada pelos autores, 2024.

Os aspectos éticos e os direitos autorais foram resguardados e os autores dos trabalhos estão devidamente referenciados, atendendo as resoluções nacionais sobre ética em pesquisa. Não foi necessária a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de uma pesquisa de natureza bibliográfica.

Resultados

A busca dos artigos foi realizada pelo acesso on-line nas bases de dados PubMed, BVS e SciELO, foram encontrados 835, 198 e 9 artigos respectivamente, totalizando 1.042 referências primárias. Após a remoção

dos duplicados, restaram 1.017 estudos. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e dos resumos e selecionados 19 artigos para a leitura minuciosa e na íntegra. Ao fim, foram descartados 5 pesquisas por não contemplarem o objetivo desta pesquisa e foram incluídos 14 publicações para compor a revisão integrativa. Então, foi realizada a análise de conteúdo temática de Bardin.

As quatorze publicações selecionadas foram analisadas na íntegra. Para melhor compreensão dos artigos incluídos, foi criado um quadro resumo com a síntese dos dados (Quadro 2), informando primeiro autor, ano de publicação, título, idioma, delineamento do estudo, objetivos e os principais achados.

A partir da análise do quadro, é possível observar que dos 14 artigos incluídos na revisão, 7 utilizaram a metodologia qualitativa, 1 quantitativa, 3 método misto, 2 revisões integrativas e 1 estudo de coorte.

Dos 14 artigos, 8 (57,1%) são em inglês, 4 (28,6%) em espanhol e 2 (14,3%) em português. Quanto ao ano de publicação, houve predominância entre os anos de 2013 e 2015 com 7 artigos, 2 artigos em 2006 e os demais anos (2010, 2016, 2019, 2020 e 2022) com apenas um estudo.

Quanto à nacionalidade dos estudos, os países africanos se destacam na realização de pesquisas sobre a temática com 42,8% (6) dos estudos. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), em toda a África houve uma importante redução da mortalidade materna, porém, a taxa ainda permanece muito acima da meta esperada, com isso, os pesquisadores tendem a concentrar as pesquisas nesses países (WHO, 2022). Logo em seguida vemos a Colômbia com 21,4% (3), Brasil com (14,3%) e, Estados Unidos, China e Argentina com 7,1% (1) cada um.

Os participantes centrais da maioria dos estudos foram os familiares da mulher que foi a óbito. Também foram realizadas entrevistas com membros da comunidade e as partes interessadas (membros do governo e de instituições).

Quadro 2. Caracterização dos 14 estudos selecionados pela estratégia de busca mortalidade materna e família, 2002-2024

Autor/ Ano	Título/Idioma	Método/ Amostra	Objetivos do Estudo	Principais Achados
Yamin et al. (2015)	“Tracing shadows: How gendered power relations shape the impacts of maternal death on living children in sub-Saharan Africa” (inglês)	Pesquisa de método misto com 115 familiares, 83 partes interessadas e 290 membros da comunidade	Fornecer informações comparativas sobre os efeitos de gênero das mortes maternas nas crianças.	Os papéis de gênero socialmente construídos criam lacunas nos cuidados das necessidades de nutrição, educação e saúde infantis após uma morte materna, exacerbando riscos específicos para meninas, como casamento precoce, gravidez precoce e abandono escolar.
Lawrencet et al. (2022)	“There is no joy in the family anymore: a mixed-methods study on the experience and impact of maternal mortality on families in Ghana” (inglês)	Pesquisa de método misto com 51 familiares	Explorar o impacto da mortalidade materna no bem-estar físico e emocional, estabilidade financeira e estrutura de assistência das famílias, e identificar fontes e lacunas no suporte.	A mortalidade materna impacta negativamente a saúde mental, física, estrutura familiar, estabilidade e segurança financeira das famílias. Bebês sobreviventes enfrentam preocupações nutricionais e as crianças frequentemente vivem com outros familiares.
Knight et al. (2015)	“Without a mother’: caregivers and community members’ views about the impacts of maternal mortality on families in KwaZulu-Natal, South Africa” (inglês)	Pesquisa qualitativa com 22 familiares, 15 partes interessadas e 60 membros da comunidade	Fornecer um relato detalhado e específico do contexto dos impactos da mortalidade materna nas famílias na área rural de KwaZulu-Natal.	A mortalidade materna traz desafios financeiros, educacionais e preocupações com o bem-estar físico e mental das crianças e adolescentes, especialmente meninas, levando à necessidade de apoio social e mudanças na estrutura familiar.
Yamin et al. (2013)	“Costs of inaction on maternal mortality: qualitative evidence of the impacts of maternal deaths on living children in Tanzania” (inglês)	Pesquisa qualitativa com 45 familiares, 14 partes interessadas e 83 membros da comunidade.	Identificar fatores estruturais e sociais compartilhados que promovem altos níveis de mortalidade materna e vulnerabilidades infantis.	A morte materna impacta a saúde, educação e economia das crianças órfãs, destacando os papéis centrais das mulheres nas famílias rurais da Tanzânia.

Molla et al. (2015)	“Impacts of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia” (inglês)	Pesquisa de método misto com 28 familiares e 87 membros da comunidade, análise de 25 anos de dados do Programa de Saúde Rural de Butajira	Explorar as consequências de longo alcance das mortes maternas em famílias e crianças.	Crianças órfãs enfrentam problemas nutricionais e cuidados de saúde limitados. Irmãos mais velhos abandonam a escola para trabalhar e cuidar dos mais novos. Há sobrecarga financeira e mudanças na estrutura familiar.
Romero-Guzmán et al. (2020)	“Experiencia familiar frente a la muerte materna” (espanhol)	Pesquisa qualitativa com 18 familiares	Descrever a experiência das famílias diante da morte materna.	Três temas emergiram: laços afetivos estreitos com a mãe, sofrimento emocional das famílias durante a agonia da mãe, e mudanças na dinâmica familiar, com sofrimento emocional e redução de recursos econômicos.
Rodriguez et al. (2019)	“Experiencia familiar de la muerte materna” (espanhol)	Pesquisa qualitativa com 12 familiares e revisão de prontuário	Analisar as experiências dos familiares e as mudanças nos papéis e na dinâmica da família.	A morte materna torna as famílias vulneráveis. O apoio de familiares, amigos ou grupos religiosos pode reduzir o impacto. Normalmente, avós assumem o papel de cuidadoras.
Zhou et al. (2016)	“The Effect of Maternal Death on the Health of the Husband and Children in a Rural Area of China: A Prospective Cohort Study” (inglês)	Pesquisa de coorte incluindo 183 domicílios que sofreram uma morte materna e 346 domicílios como grupo controle	Examinar os efeitos da morte materna na saúde do filho índice, saúde mental e qualidade de vida do marido e filhos mais velhos.	Crianças órfãs têm maior risco de abandono escolar, desnutrição e mortalidade. Os maridos apresentam maior prevalência de transtorno de estresse pós-traumático e qualidade de vida reduzida.
Bazile et al. (2015)	“Intergenerational impacts of maternal mortality: Qualitative findings from rural Malawi” (inglês)	Pesquisa qualitativa com 20 familiares, 20 partes interessadas e 60 membros da comunidade	Demonstrar os impactos de curto e longo prazo da morte materna em crianças, famílias e comunidades.	A morte materna aumenta vulnerabilidades, especialmente para meninas, impactando nutrição, educação, saúde e estrutura familiar. As crianças frequentemente mudam para outros lares.
Salomón et al. (2015)	“Situación social -familiar y de salud de los huérfanos de muertes maternas en trance obstétrico” (espanhol)	Pesquisa quantitativa com 16 famílias e 7 órfãos menores de 5 anos	Descrever a situação social e de saúde dos órfãos menores de 5 anos após morte materna.	As crianças órfãs apresentam saúde satisfatória, mas algumas têm atrasos no desenvolvimento. As famílias cuidadoras enfrentam maior vulnerabilidade e precariedade, mas estabelecem fortes laços de proteção com as crianças.

Rodríguez-Leal et al. (2013)	“Consecuencias de una muerte materna en la familia” (espanhol)	Revisão sistemática	Identificar e analisar as repercussões ou consequências de uma morte materna na família.	A morte materna causa impactos duradouros na família e comunidade, como luto, desestruturação familiar, perda econômica e desafios na sobrevivência dos filhos órfãos.
Yusuf e Hussain (2010)	“Parent’s death and its implications for child survival” (inglês)	Revisão sistemática	Explorar o impacto da morte dos pais na sobrevivência e bem-estar dos filhos.	A morte materna aumenta significativamente o risco de morte dos filhos, especialmente nos primeiros anos, devido a fatores como saúde, status socioeconômico, nutrição e uso de serviços de saúde pela mãe.
Peloso, Sandra Marisa et al. (2006)	“A problemática familiar e a morte materna” (português)	Pesquisa qualitativa com 9 familiares	Investigar o impacto da mortalidade materna no âmbito familiar, o respeito ao direito à saúde e a eficiência da assistência pré-natal.	A morte materna gera dor persistente, sentimentos de revolta e desigualdade no atendimento. As famílias sentem-se impotentes e negligenciadas diante do evento.
Gomes, Flávia Azevedo et al. (2006)	“Mortalidade materna na perspectiva do familiar” (português)	Pesquisa qualitativa com 10 familiares de 7 mulheres falecidas	Compreender o significado da morte atribuído por familiares de mulheres falecidas por causas maternas.	A morte materna é um evento trágico, causando desestruturação familiar, perda econômica e aumento do risco de morte para crianças órfãs.

Fonte: Autoras, 2024.

Discussão

A análise dos resultados mostrou que a morte materna tem repercussões profundas nas famílias, afetando, principalmente, a vida das crianças e a estrutura familiar. Com base na análise dos textos foram identificadas as seguintes temáticas: consequências econômicas na família; efeitos na saúde e na educação das crianças órfãs; e mudanças nas dinâmicas familiares.

Consequências econômicas na família

A perda de uma mãe pode ter um impacto devastador nas finanças familiares. Geralmente, as mães desempenham um papel crucial no sustento da

família, seja contribuindo com rendimentos ou assumindo responsabilidades domésticas que economizam custos significativos. Com sua morte, a família pode enfrentar diversas dificuldades.

Na maioria dos estudos avaliados esse foi um tema encontrado no relato dos familiares. Nota-se que apesar da mulher não ser a responsável direta e exclusiva do sustento da família, é ela que tem a função de administrar o dinheiro e os gastos da família (Lawrencet *et al.*, 2022; Yamin *et al.*, 2013; Molla *et al.*, 2015). Além da importância do papel da mulher na geração de renda suplementar da família (Gomes, *et al.*, 2006; Molla *et al.*, 2015).

Os estudos de Romero-Guzmán *et al.* e Molla M *et al.* trazem um dado importante sobre o impacto dos custos funerários sobre as famílias. Muitas delas precisam dispor das reservas ou se desfazer de bens, que muitas vezes eram geradores de renda, piorando as perspectivas financeiras da família. Outro ponto importante são os dados sobre os custos com a saúde no período de adoecimento e óbito (Yamin *et al.*, 2013; Molla *et al.*, 2015)

Na maioria das vezes o cuidado das crianças órfãs é de responsabilidade das mulheres da família, principalmente da avó materna (Yamin *et al.*, 2015; Romero-Guzmán *et al.*, 2020; Zhou *et al.*, 2016) . Há impacto financeiro na família, pois muitas vezes essa mulher precisa dedicar mais tempo ao cuidado de crianças e as responsabilidades domésticas, reduzindo a sua capacidade de trabalhar ou aumentar a renda. Também, com a chegada de novas crianças na família, há um aumento nas despesas (Bazile *et al.*, 2015; Salomón *et al.*, 2015).

A morte de uma mãe leva a dificuldades econômicas significativas para as famílias, muitas vezes resultando em diminuição do rendimento familiar e aumento dos níveis de pobreza. Esse cenário pode perpetuar um ciclo de pobreza, especialmente em regiões onde o acesso a serviços de apoio social e econômico é limitado.

Efeitos na saúde e na educação das crianças órfãs

A morte materna afeta diretamente o bem-estar e o futuro dos filhos, principalmente na saúde e na educação. A mãe é frequentemente a principal

cuidadora, o que significa que sua ausência pode gerar consequências imediatas e duradouras às crianças órfãs com variações de acordo com sexo e a faixa etária.

Crianças que perdem a mãe podem sofrer desnutrição, atraso no crescimento e maior vulnerabilidade. Nos estudos realizados por Zhou *et al.* e Molla *et al.*, conclui-se que a morte materna aumenta significativamente a probabilidade de morte da criança órfã mais nova, além de aumentar o risco de baixo peso e desnutrição. Nas crianças órfãs mais velhas, os riscos de abandono escolar também são maiores, além de serem mais afetadas pelos impactos emocionais (Knight; Yamin, 2015).

Também ficou explicitado nos estudos que as desigualdades de gênero socialmente construídas agravam a vulnerabilidade das órfãs meninas, muitas delas precisam interromper os estudos para se responsabilizar pelos cuidados com a casa e com os irmãos mais novos (Yamin *et al.*, 2015; Yamin *et al.*, 2013; Molla *et al.*, 2015; Zhou *et al.*, 2016; Bazile *et al.*, 2015; Yusuf *et al.*, 2010). O óbito materno também propicia o casamento precoce, aumenta o risco de abuso, início precoce da vida sexual e gravidez na adolescência (Knight L. *et al.*, 2015).

Os órfãos do sexo masculino também sofrem com a evasão escolar pois precisam assumir responsabilidades financeiras pelos irmãos mais novos e muitos deles iniciam o uso abusivo de álcool (Yamin *et al.*, 2015).

A ausência da figura materna pode apresentar efeitos negativos na educação das crianças. Muitas precisam abandonar a escola para cuidar dos irmãos mais novos ou devido a dificuldade da família em arcar com as despesas escolares. Além disso, o papel de supervisionar os estudos que antes eram realizados pelas mães, com a morte dela, não existe mais (Yamin *et al.*, 2015; Bazile *et al.*, 2015)

Mudanças nas dinâmicas familiares

A perda da mãe pode causar uma significativa reorganização das funções e papéis. A maior parte das crianças passa a ser criada por familiares. O cuidado infantil é tradicionalmente visto como responsabilidade das mulheres, sendo

incomum que os homens assumam as responsabilidades domésticas e cuidem das crianças, deixando essas funções com as mulheres da família (Yamin *et al.*, 2015; Lawrencet *et al.*, 2022; Knight *et al.*, 2015; Romero-Guzmán *et al.*, 2020; Rodriguez *et al.*, 2019; Bazile *et al.*, 2015; Rodríguez-Leal *et al.*, 2013).

Os irmãos órfãos são separados e divididos entre os familiares. Os filhos que permanecem com o pai em um novo casamento, a priorização é dos novos filhos e os órfãos passam a viver suas vidas na sombra da morte de suas mães (Molla *et al.*, 2015; Yamin *et al.*, 2015)

Como visto anteriormente, os filhos mais velhos passam a assumir responsabilidades de cuidado com os irmãos mais novos, podendo afetar o seu desenvolvimento pessoal, acadêmico e emocional. O luto pode propiciar um distanciamento emocional entre os membros da família, para o pai, estar perto dos filhos e da casa faz lembrar constantemente da perda, o que torna difícil seguir em frente (Lawrence *et al.*, 2022).

Considerações finais

Apesar do número reduzido de estudos, através desta revisão foi possível constatar que a mortalidade materna é uma tragédia para a comunidade e para os familiares das mulheres, principalmente para as crianças órfãs, pois a mulher tem um papel central na organização da família e sua morte causa uma desestruturação. As repercussões da mortalidade materna vão muito além do aspecto individual, afetando profundamente a estrutura econômica, educacional e emocional das famílias. Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade materna e o apoio às famílias em situações vulneráveis são essenciais para mitigar esses impactos e garantir que crianças e famílias possam superar os desafios associados a essa perda.

Embora esse tema seja de extrema relevância para a saúde pública, dada a gravidade e persistência dos índices de mortalidade materna no país, há uma lacuna na literatura nacional sobre como os familiares vivenciam e percebem essa perda. Impedindo a compreensão mais profunda dos

impactos emocionais, sociais e econômicos que essas mortes podem causar às famílias e à comunidade. O que dificulta a formulação de políticas públicas que contemplem essa dimensão humana do problema. Portanto, a partir da percepção da relevância do tema, é crucial o incentivo à pesquisas que explorem essa temática, para o desenvolvimento de estratégias mais sensíveis às necessidades daqueles que vivenciam essa dolorosa realidade.

Referências

BAZILE, J.; RIGODON, J.; BERMAN, L.; *et al.* Intergenerational impacts of maternal mortality: Qualitative findings from rural Malawi. **Reprod Health**, v. 12 Suppl 1, p. S1–S1, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26000733/>. Acesso em: 7 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 15 jan. 2023.

FREITAS-JÚNIOR, R. A. O. Avoidable maternal mortality as social injustice. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 20, n. 2, p. 607-614, abr./jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000200016>. Acesso em: 6 out. 2024.

GOMES, F. A.; *et al.* Mortalidade materna na perspectiva do familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 1, p. 50–56, mar. 2006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5rrhVyR6ZS49f8Jp6k5Qy8b/#>. Acesso em: 7 out. 2024.

KNIGHT, L.; YAMIN, A. “Without a mother”: caregivers and community members’ views about the impacts of maternal mortality on families in KwaZulu-Natal, South Africa. **Reprod Health**, v. 12 Suppl 1, n. Suppl 1, p. S5, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26001160/>. Acesso em: 7 out. 2024.

LAWRENCE, E. R.; APPIAH-KUBI, A.; LAWRENCE, H. R.; *et al.* “There is no joy in the family anymore”: a mixed-methods study on the experience and impact of maternal mortality on families in Ghana. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 22, n. 1, p. 683–683, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36064376/>. Acesso em: 7 out. 2024.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758–764, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 out. 2024.

MOLLA, M.; MITIKU, I.; WORKU, A. *et al.* Impacts of maternal mortality on living children and families: A qualitative study from Butajira, Ethiopia. **Reprod Health**, v. 12 Suppl 1, n. Suppl 1, p. S6, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26001276/>. Acesso em: 7 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Zero mortes maternas**: evitar o evitável. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/item/9789240027551>. Acesso em: 6 out. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª Revisão (CID-10). São Paulo: Edusp, 1993.

OPAS. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/indicadores.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2023.

PELLOSO, S. M.; TAVARES, M. S. G. A problemática familiar e a morte materna. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 5, suppl., p. 19-25, 2006. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5148/3334>. Acesso em: 7 out. 2024.

REZENDE, F. J. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. 1071 p.

RODRIGUEZ LEAL, D.; SÁNCHEZ DE PARADA, B.; DUEÑAS GRANADOS, P. E. Experiencia familiar de la muerte materna. **Rev. Cienc. Cuid.**, v. 16, n. 1, p. 71–85, 2019. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1534>. Acesso em: 7 out. 2024.

RODRÍGUEZ-LEAL, D.; VERDÚ, J. Consecuencias de una muerte materna en la familia. **Aquichan**, v. 13, n. 3, p. 433–441, 2013. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972013000300011. Acesso em: 7 out. 2024.

ROMERO-GUZMÁN, I.; MUÑOZ-MONTEROZA, D. I.; BENITEZ-CHEIJ, L. Experiencia familiar frente a la muerte materna. **Rev. Cienc. Cuid.**, v. 17, n. 2, p. 44–52, 2020. Disponível em: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1887>. Acesso em: 7 out. 2024.

YAMIN, A. E.; BAZILE, J.; KNIGHT, L. *et al.* Tracing shadows: How gendered power relations shape the impacts of maternal death on living children in sub-Saharan Africa. **Soc. Sci. Med.**, v. 135, p. 143–150, 2015. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25965895/>. Acesso em: 7 out. 2024.

YAMIN, A. E.; BOULANGER, V. M.; FALB, K. L. *et al.* Costs of inaction on maternal MORTALITY: QUALITATIVE EVIDENCE OF THE IMPACTS OF MATERNAL DEATHS ON LIVING CHILDREN IN Tanzania. **PLoS One**, v. 8, n. 8, p. e71674, 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23990971/>. Acesso em: 7 out. 2024.

YUSUF, H. R.; ATRASH, H. K. Parents' death and survival of their children. **Lancet**, v. 375, n. 9730, p. 1944–1946, 2010. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4501914/>. Acesso em: 7 out. 2024.

WHO – World Health Organization. Regional Office for Africa. Atlas of African Health Statistics 2022: Health situation analysis of the WHO African Region — Country profiles. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa, 2022. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/364837/9789290234852-eng.pdf?sequence=3>. Acesso em: 7 out. 2024.

ZHOU, H.; ZHANG, L.; YE, F. *et al.* The Effect of Maternal Death on the Health of the Husband and Children in a Rural Area of China: A Prospective Cohort Study. **PLoS One**, v. 11, n. 6, p. e0157122, 2016. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0157122>. Acesso em: 7 out. 2024.

IMPACTO DA EXPANSÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIAS INTERNAÇÕES DE CRIANÇAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Vanessa Santos dos Anjos
Mariana Leal Rodrigues
Ana Maria Bezerra Bandeira
Danielle Amaral de Freitas

RESUMO

INTRODUÇÃO: As internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP), representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da atenção primária. **OBJETIVO:** O objetivo do estudo foi verificar o impacto da expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF) na redução das ICSAP de crianças menores de 5 anos. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica. A estratégia de busca foi PCC (População - crianças menores de 5 anos, Conceito - ICSAP, Contexto - APS), combinado descritores e termos alternativos com os operadores booleanos “AND” e “OR” entre 2019 e 2024 nas bases: Portal da Biblioteca Virtual em Saúde e Medline®. **RESULTADOS:** Após a triagem e aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 11 artigos para a síntese qualitativa. Os resultados indicam que a implementação e expansão da ESF têm um papel importante na melhoria da saúde da população, contribuindo para a redução significativa das ICSAP em crianças, evidenciando um impacto positivo na saúde infantil. **CONCLUSÃO:** Destaca-se a importância da evolução e continuidade da cobertura e expansão da ESF que, não apenas melhora o acesso aos serviços de saúde, mas também

contribui para a redução significativa das hospitalizações que poderiam ser evitadas com intervenções adequadas na Atenção Primária à Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: crianças menores de 5 anos; internações por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hospitalizations due to Primary Health Care-Sensitive Conditions (PSSCC) represent health conditions that can have the risk of unnecessary hospitalization reduced through effective primary care actions.

OBJECTIVE: The objective of the study was to verify the impact of the expansion of the Family Health Strategy (FHS) in reducing PSSCC in children under 5 years of age.

METHODOLOGY: This is an integrative review of the scientific literature. The search strategy was PCC (Population - children under 5 years of age, Concept - PSSCC, Context - PHC), combining descriptors and alternative terms with the Boolean operators “AND” and “OR” between 2019 and 2024 in the following databases: Virtual Health Library Portal and Medline®.

RESULTS: After screening and applying the eligibility criteria, 11 articles were selected for qualitative synthesis. The results indicate that the implementation and expansion of the FHS play a crucial role in improving the health of the population, contributing to the significant reduction of PSSCC in children, evidencing a positive impact on child health.

CONCLUSION: The importance of the evolution and continuity of the coverage and expansion of the ESF is highlighted, which not only improves access to health services, but also contributes to the significant reduction of hospitalizations that could be avoided with adequate interventions in Primary Health Care.

KEYWORDS: children under 5 years old; hospitalizations for causes sensitive to Primary Health Care; Primary Health Care.

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), e é tida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da Atenção Primária. Adicionalmente, a APS com a ESF pode ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade visto que, como coordenadora do cuidado e ordenadora dos fluxos assistenciais, fornece, através de equipe multidisciplinar assistência integral e longitudinal aos usuários, promovendo saúde, tratando oportunamente e reduzindo as Internações por Causas Sensíveis à APS (ICAPS) (PNAB, 2012).

As ICAPS, representam condições de saúde que podem ter o risco de hospitalização desnecessária diminuído, por meio de ações efetivas da APS. Essas internações vêm sendo usadas como indicador do acesso e qualidade da APS (Brasil, 2008; Alfradique *et al.*, 2009). A Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008, define a lista Brasileira de ICAPS por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esta lista é utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal (Ministério da Saúde, 2008).

Nos anos 1990, o *Programa de Agentes Comunitários de Saúde e a Estratégia da Saúde da Família* viabilizaram a interiorização de equipes de saúde da família e a ampliação do acesso aos serviços de Atenção Básica à Saúde, contribuindo expressivamente para o aumento da cobertura da atenção à saúde reprodutiva e infantil. Pesquisas mostraram que, a cada 10% de aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família, havia redução em 4,6% da mortalidade infantil (Macinko *et al.*, 2006). Em 2006, com a implementação

da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que visa a reorganização básica no Brasil, consolidou à nível nacional a expansão da Estratégia de Saúde da Família. Desde então a ESF passou de 4,4% em 1998 para 76.14%% em 2020.(Pinto; Giovanella, 2018)(“e-Gestor AB”, [s.d.])

Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil, com as estratégias adotadas para a diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010).

Os desafios para o cumprimento ao Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) para 2015 foram vencidos. Foram reduzidas em 77% as taxas de mortalidade infantil (menores de 1 ano) e de mortalidade na infância (menores de 5 anos) com três anos de antecedência, um dos melhores resultados no mundo. Adicionalmente, observa-se controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Brasil, 2014).

As evidências têm demonstrado que as principais estratégias que contribuíram para essa redução foram a ampliação do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno, do nível de escolaridade da mãe, da cobertura da Atenção Básica à saúde/saúde da família, e, na última década, o Programa Bolsa Família, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior utilização da atenção básica à saúde pelas famílias, entre outras (Rasella *et al.*, 2013).

Novos desafios estão postos em um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) previstos na meta para o ano de 2030. Neste sentido, o objetivo 3.2 dos ODS pretende acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, em todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (IPEA; Brasil, 2014).

Em 2023, o Brasil registrou a menor taxa de mortalidade infantil e fetal por causas evitáveis dos últimos 28 anos com redução de 62%,

contabilizando 20,2 mil mortes segundo o Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal (Ministério da Saúde, 2024). Diante do exposto, o objetivo deste estudo é verificar o impacto da expansão da Estratégia Saúde da Família na redução das internações de crianças menores de 5 anos por Condições Sensíveis à Atenção Primária à Saúde.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica norteadada pela seguinte pergunta norteadora: Qual o impacto da expansão da Estratégia Saúde da Família na redução das internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de 5 anos?”.

Para a pesquisa bibliográfica foi adotada a estratégia PCC, onde P é a população, C é o conceito e C o contexto. Nesta pesquisa, foi considerado P= crianças menores de 5 anos, C= Internações por Causas Sensíveis à Atenção Primária à Saúde, C= Atenção Primária à Saúde. As chaves de busca foram elaboradas a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dos Medical Subject Headings (MeSH) e termos alternativos com a combinação dos operadores booleanos “AND” e “OR”, a partir da construção do mapa conceitual. A busca bibliográfica foi realizada por meio da seguinte chave em outubro de 2024 e respectivas bases de dados: Medline® (através do site PubMed® da National Library of Medicine) - ((child[MeSH Terms]) OR (child[Title/Abstract]) AND (((“Ambulatory Care Sensitive Conditions) OR (Ambulatory Care Sensitive Conditions[MeSH Terms]) AND ((Primary Health Care[MeSH Terms])) e no Portal da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) - ((Condições Sensíveis à Atenção Primária) OR (“Condições Sensíveis à Atenção Primária”) AND (“Atenção Primária à Saúde) OR (“Atenção Primária) AND ((criança*)) OR (criança*)).

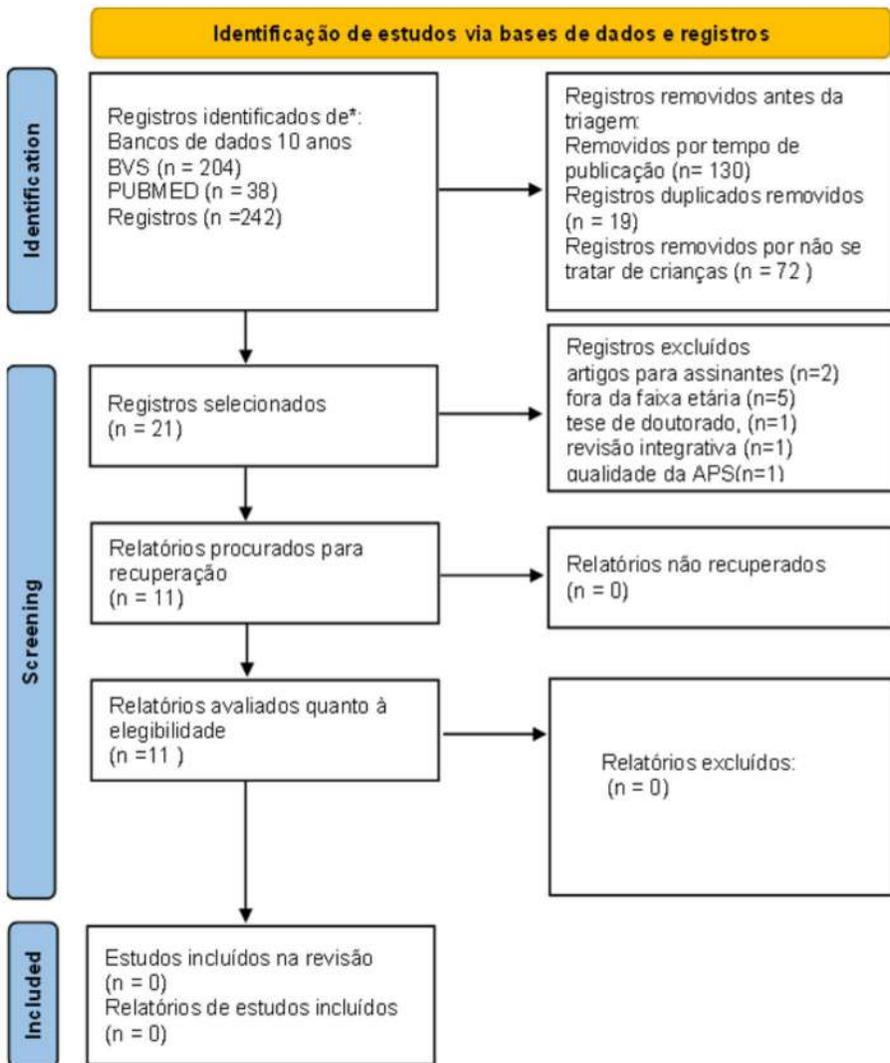
Cinco etapas foram seguidas para a pesquisa bibliográfica: (1) busca na literatura científica, (2) seleção dos artigos, (3) análise qualitativa, (4) síntese dos dados e (5) elaboração da bibliografia. Na etapa de busca, foram utilizadas

as palavras-chave definidas para identificar os estudos relevantes nas bases de dados selecionadas. Na etapa de seleção dos artigos, avaliou-se os títulos, resumos e os textos completos dos estudos encontrados para selecionar aqueles que são relevantes para a pergunta de pesquisa. Na etapa de análise qualitativa, os estudos selecionados foram examinados, e as informações relevantes foram extraídas. Por fim, na fase de síntese dos dados, apresentaram-se as principais conclusões e evidências sobre o impacto da Estratégia Saúde da Família na redução das ICAPS em crianças menores de 5 anos. Os resultados cumprem as orientações da diretriz *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA).

Inicialmente, os estudos duplicados foram excluídos e incluídos estudos publicados nos últimos 5 anos (2019 a 2024), todos os idiomas, que respondessem à pergunta de pesquisa e estivessem disponíveis na íntegra. Excluíram-se artigos que não estavam disponíveis gratuitamente e os que não atendiam à pergunta de pesquisa.

Na busca inicial, foram encontrados 242 artigos. Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados para a síntese qualitativa 11 artigos.

Figura 1. Fluxograma PRISMA 2020 adaptado do processo de seleção dos artigos



Fonte: Elaborada pelas autoras.

Resultados

As informações foram extraídas dos artigos incluídos na síntese qualitativa através de um formulário de extração de dados e apresentadas no quadro 1.

Quadro 1. Quadro sinóptico dos resultados da revisão integrativa

Nº	Título do Artigo; Autores; País e Ano	Abordagem Metodológica	Resultados
01	<p>“Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças, Rondônia, Brasil, 2008-2019” Santos et al. Brasil, 2023</p>	<p>Estudo de série temporal do tipo ecológico</p>	<p>Houve declínio na tendência de ICSAP por gastroenterites infecciosas e complicações nas três faixas etárias (< 1 ano: -8,62%; 1 a 4 anos: -7,25%; 5 a 9 anos: -4,95%). As infecções da pele e tecido subcutâneo apresentaram tendência anual crescente em todas as idades (14,32%; 17,87%; 18,18%, respectivamente). As doenças respiratórias mantiveram tendência estável em todas as faixas etárias (< 1 ano: -1,24%; 1-4 anos: 0,32%; 5-9 anos: 1,75%). As ICSAP decorrentes de infecções no rim e no trato urinário também se mantiveram estáveis em todos os grupos de idade (-1,15%; -1,49%; 0,01%, respectivamente). Nas taxas de ICSAP por doenças preveníveis por imunização/condições sensíveis, houve tendência estável em duas faixas etárias (< 1 ano: -2,60%; 5-9 anos: -3,76%) e em declínio em crianças de 1 a 4 anos (-8,51%). Melhora das taxas foi atribuída ao aumento da cobertura de ações, como vacinação sistemática das crianças e intensificação de atividades educativas em saúde realizadas no campo da puericultura no contexto da APS. A tendência anual de ICSAP por epilepsias cresceu nas faixas etárias de 1-4 anos (12,05%) e de 5-9 anos (12,17%). Para as crianças menores de um ano, as doenças relacionadas ao pré-natal e parto também tiveram tendência anual crescente (24,20%). Rondônia persiste com problemas estruturais como a precariedade socioeconômica, nutricional e de saneamento básico.</p>
02	<p>“Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária no norte de Minas Gerais, Brasil: reavaliação após 10 anos” Leão e Caldeira Brasil, 2023</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>Entre 2007/2008: existiam 97 leitos pediátricos, 49 equipes de ESF e taxa de cobertura de 50%. Entre 2016/2017: existiam 80 leitos pediátricos, 125 equipes de ESF e taxa de cobertura de 78%. Principais causas de ICSAP 2007/2008: Pneumonias (55,6%), Asma (10,6%), Gastroenterites (8,6%), Infecções da pele (8,6%), Infecções urinárias (7,3%), Outras (9,3%). Principais causas de ICSAP 2016/2017: Pneumonias (45,9%), Infecção urinária (14,7%), Gastroenterites (11,0%), Asma (11,0%), Infecções da pele (5,5%), Outras (11,9%). Nos dez anos analisados, a prevalência do ICSAP permaneceu alta, embora tenha tido uma redução, porém ainda insuficiente. No mesmo período, verificou-se aumento da cobertura da ESF e redução de leitos pediátricos. As variáveis que se mostraram associadas à maior prevalência de ICSAP foram sexo da criança (feminina a maioria), peso ao nascimento e escolaridade da mãe (escolaridade menor igual a 8 anos). Não foi possível estabelecer associação de causalidade.</p>

03	<p>“Tendências temporais de internações de crianças por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, Brasil” Freitas et al. Brasil, 2022</p>	<p>Estudo ecológico de séries temporais</p>	<p>Entre 2008 e 2018, a taxa de ICSAP entre crianças de até um ano foi de 677,29/ 10.000 e a de crianças de um a quatro anos foi de 229,16/10.000. A taxa média de todo o estado nas duas faixas etárias foi de 316,5/10.000.</p> <p>A variação dessas taxas foi similar em ambas as faixas etárias no período estudado. Pode-se observar que houve tendência à diminuição dessas condições, com VPA -4,96%. Para crianças com até um ano de idade, infere-se que as internações por doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis ($\beta=5,69$ e $p<0,05$); anemia ($\beta=0,13$ e $p\leq 0,05$); infecções de ouvido, nariz e garganta ($\beta=0,84$ e $p<0,05$); e doenças pulmonares ($\beta=5,40$ e $p<0,05$) apresentaram tendência temporal a aumento. Destaca-se que entre as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, à sífilis congênita foi a que mais cresceu, apresentando 4,20/10.000 casos em 2008 a 56,1/10.000 em 2018.</p> <p>As deficiências nutricionais apresentaram tendência estacionária nessa faixa etária e as demais condições analisadas, tendência decrescente. De modo semelhante ao registrado na faixa etária de crianças com menos de um ano de idade, na faixa etária de um a quatro anos as internações por anemia ($\beta=0,08$ e $p<0,05$); infecções de ouvido, nariz e garganta ($\beta=0,48$ e $p<0,05$); e por doenças pulmonares ($\beta=0,32$ e $p\leq 0,05$) apresentaram tendência a aumento no período analisado. Por outro lado, as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis em crianças de um a quatro anos demonstraram tendência estacionária ($\beta=-13,64$ e $p>0,05$). As gastroenterites infecciosas e complicações, as deficiências nutricionais, as pneumonias bacterianas e asma tiveram tendência decrescente.</p> <p>Tais indicadores podem ser justificados pela implantação de políticas direcionadas, como saneamento básico, fortalecimento das redes de atenção à saúde e monitoramento da população materno-infantil, fortalecimento da assistência farmacêutica na APS.</p>
04	<p>“Child hospitalizations by sensitive conditions to primary care” Amaral et al. Brasil, 2020</p>	<p>Metodologia retrospectiva, descritiva e quantitativa</p>	<p>As taxas de internação por ICSAP em menores de cinco anos no Piauí entre 2003 e 2012, apesar de flutuações, tiveram decréscimo.</p> <p>As crianças menores de um ano apresentaram taxa total de hospitalizações por ICSAP, maior que crianças com idade entre um e quatro anos de idade.</p> <p>A taxa de hospitalizações por ICSAP teve um decréscimo de 38,51%. Em 2010, a cobertura do país em saúde suplementar para a faixa etária de crianças menores de cinco anos (8,1%) foi a terceira menor, enquanto a ESF apresentou cobertura populacional estimada de 97,2%.</p> <p>Os desafios da ESF não dependem apenas da qualidade esperada da APS, mas também, do fortalecimento das políticas de saúde, as quais colaboram para a diminuição das hospitalizações por ICSAP e da morbimortalidade em menores de cinco anos, e, ainda, da melhoria dos determinantes sociais relacionados ao processo saúde-doença, como a diminuição da pobreza e desigualdades sociais, quanto aos investimentos nas condições sanitárias e de saúde da população, tais como o aumento da cobertura de equipes ESF.</p>

05	<p>“Children’s hospitalizations by sensitive conditions in primary care in the Northeast of Brazil” Ribeiro et al. Brasil, 2019</p>	<p>Estudo descritivo ecológico</p>	<p>Redução de 26,7% nas taxas de internação entre 2004 e 2013, apesar de algumas flutuações. Tais indicadores podem ter sido pela melhoria nas condições de acesso, na efetividade da assistência prestada pela APS, no aumento da cobertura da ESF e pela melhoria das condições sociais observadas nos últimos anos. Bahia teve a maior taxa de ICSAP dentre os estados do Nordeste por ter maior densidade populacional, maior extensão territorial e a cobertura de serviços de APS em 2013, apenas 58,5%. Piauí apresenta mais de 80% dos moradores cadastrados na ESF, e mantém elevada taxa de ICSAP se comparado aos outros estados nordestinos. As gastroenterites foram as condições que mais impactaram nas internações de menores de cinco anos, e a asma dentre as doenças do aparelho respiratório. A APS precisa de mais investimentos para melhoria da qualidade dos serviços ofertados. O Nordeste ainda mantém taxas elevadas de ICSAP, se comparadas a outras regiões do país.</p>
06	<p>“Acessibilidade e trajetórias de cuidado para crianças com internações por condições sensíveis à atenção primária” Leão e Caldeira Brasil, 2021</p>	<p>Estudo transversal</p>	<p>norte de Minas Gerais 2017, 400 mil habitantes, com 80 leitos para internação hospitalar infantil pelo SUS, dois hospitais e uma cobertura da ESF superior a 80%. No norte de Minas Gerais em 2017, mesmo com cobertura da ESF superior a 80%, registrou um elevado percentual de ICSAP entre as crianças hospitalizadas. Os escores de acessibilidade e utilização dos serviços de saúde foram baixos tanto para as ICSAP como para as demais internações e sem diferenças estatísticas (p<0,05) Acredita-se que pela dificuldade de acesso e baixa procura na ESF, busca de outros serviços de saúde, descaracterizando a organização da rede e sobrecarregando os serviços hospitalares. O local de moradia, processo de trabalho das equipes que garanta atendimento à demanda espontânea e aos grupos não prioritários, como também escolha dos familiares por outros serviços como uma porta de entrada para o sistema, considerando experiências passadas ou expectativas de maior resolutividade. Na atenção hospitalar, o não redirecionamento para a APS contribui para o agravamento de doenças que poderiam ser tratadas precocemente, já que não há continuidade do cuidado, ou por internações precoces como alternativa de tratamento. Retrata uma (des)organização da rede de saúde em prover a continuidade da assistência e cuidado de qualidade à população infantil.</p>

07	<p>“Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014” Farias et al. Brasil, 2023</p>	Estudo descritivo	<p>As hospitalizações de crianças menores de cinco anos no âmbito do SUS reduziram no período, com destaque para a faixa etária de 1 a 4 anos. A análise por cor/raça revelou predomínio de internações por IRA entre as crianças indígenas (47%), e as demais categorias registraram cerca de 29% (parda, branca e preta) ou menos (amarela). A proporção de ICSAP também foi mais elevada dentre os indígenas, e superou em 29,8% e 48,3% nas crianças brancas, respectivamente. As gastroenterites foram as causas mais frequentes entre as ICSAP. As doenças diarreicas ainda são um problema de saúde relevante em populações indígenas em todas as regiões do país e corroboram pelas expressivas iniquidades verificadas nas ICSAP entre crianças indígenas e brancas no Norte e Centro-oeste do país. Alguns determinantes socioeconômicos e ambientais podem influenciar nesses indicadores como a pobreza, o saneamento básico precário, dificuldades de acesso à água potável, condições precárias de moradia, indisponibilidade de terra e restrições no acesso e qualidade da APS. As populações mais vulneráveis e de áreas mais remotas, podem falecer antes de acessar a rede hospitalar, haja vista as altas taxas de mortalidade infantil entre indígenas e pretos. Os indicadores de ICSAP mais favoráveis encontrados para crianças pretas (Região Centro-oeste) e pardas (Região Sul) são considerados resultados inesperados. Essas populações poderiam estar sendo mais assistidas pelos programas de atenção primária difundidos no Brasil nos últimos anos, como a Estratégia Saúde da Família, resultando em menos ICSAP. Esses resultados enfatizam as disparidades significativas nos resultados de saúde entre os diferentes grupos raciais no Brasil, afetando particularmente as crianças indígenas. O estudo apresentou as disparidades étnicas e raciais nas hospitalizações por doenças evitáveis entre crianças menores de cinco anos no Brasil de 2009 a 2014.</p>
08	<p>“Hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária em cidade brasileira” Amaral, Antunes de Araújo Filho e Santiago da Rocha Brasil, 2019</p>	Estudo retrospectivo, descritivo e quantitativo	<p>Entre 2003 a 2012, Teresina (Piauí) apresentou decréscimo de 71,88% das ICAPS, refletindo taxas menores em comparação à média nacional, explicadas pelo aumento da cobertura da ESE. Principais causas de hospitalização foram gastroenterites e pneumonias bacterianas. Hospitalizações em menores de um ano foram menores que na faixa de um a quatro anos, atribuídas a programas como Programa Nacional de Imunização e Pré-Natal. Pneumonias bacterianas foram a segunda maior causa de internações (5.157 casos), predominando na faixa de um a quatro anos (3.475 casos).</p>

09	<p>“Internações infantis por condições sensíveis à atenção primária em um estado do sul brasileiro”</p> <p>Jacomin, Shibukawa e Higarashi Brasil, 2020</p>	Estudo ecológico, descritivo, de abordagem quantitativa	<p>Entre 2008 a 2012 no Paraná, as doenças perinatais foram as mais frequentes, com taxa de internação de 79,5%, o que corresponde a 35,8% do total de ICAPS internações por cuidados de saúde sensíveis à atenção primária. As doenças do aparelho respiratório foram a segunda maior causa de ICSAP, com taxa de 78,2% entre menores de 1 ano. Entre crianças de 1 a 4 anos, as doenças do trato respiratório (pneumonia, asma, infecções agudas das vias aéreas superiores, gripe e outras infecções do trato respiratório) foram as mais incidentes, representando 48,1% das internações. As doenças Infecciosas e Parasitárias ocuparam a segunda posição. Quando analisadas segundo comportamento por macrorregiões, as taxas ICAPS demonstram o progresso das internações ao longo do tempo em cada macrorregião do Estado. A partir desta análise é possível observar que, com a exceção da macrorregião Norte, todas as macrorregiões tiveram taxas mais altas de ICAPS em 2010.</p> <p>A macrorregião Leste foi a que apresentou as menores taxas de ICAPS de crianças menores de cinco anos. As taxas de ICAPS variaram ao longo dos anos em todas as macrorregiões, com a taxa mais elevada em 2008.</p> <p>Em 2009 a maior pertença à macrorregião Norte, enquanto nos anos que se seguiram a macrorregião Oeste apresentou as maiores taxas. As características de cada macrorregião devem ser estudadas para que seja possível compreender as disparidades nas ICAPS infantis.</p>
10	<p>“Perfil epidemiológico de internações por doenças infecciosas e bacterianas em menores de 5 anos, de 2017 a 2021”</p> <p>Capistrano et al. Brasil, 2024</p>	Estudo ecológico de série temporal	<p>A diarreia e a gastroenterite de origem infecciosa foram as doenças com o maior número de casos de internação hospitalar no país entre 2017 e 2021, diretamente ligada à oferta de serviços de promoção à saúde pela APS. Apesar da expansão dos serviços da APS, com ampliação da cobertura de consultas pré-natais, observa-se problemas estruturais e organizacionais que comprometem a qualidade da assistência. A septicemia apresentou maior prevalência em internações na faixa etária dos menores de um ano.</p> <p>Entre 2017 e 2021 a diarreia e gastroenterite origem infecciosa teve redução de 23,80% para 14,61%; outras doenças bacterianas reduziram de 21,57% para 16,59%; outras doenças infecciosas intestinais reduziram de 25,61% para 12,88%; septicemia reduziu de 20,49% para 16,24% e a sífilis congênita aumentou de 17,02% para 21,50%.</p>
11	<p>“Preventable pediatric hospitalizations and access to primary health care in Italy”</p> <p>Zucco et al. Itália, 2019</p>	Revisão retrospectiva	<p>Entre as internações pediátricas, 10,5% eram evitáveis. Quatro diagnósticos (desidratação/ gastroenterite, pneumonia, convulsões e obstrução crônica doença pulmonar) foram responsáveis por 90% das hospitalizações pediátricas evitáveis. A pneumonia e a doença pulmonar obstrutiva crônica representaram 30% das internações pediátricas.</p> <p>As hospitalizações evitáveis e admissão por desidratação e doenças respiratórias foram mais prováveis naqueles que não contataram a APS antes da hospitalização.</p> <p>Esta descoberta destaca melhor acesso ambulatorial à atenção primária e acompanhamento como abordagens-chave para reduzir essas hospitalizações.</p>

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2024.

Discussão

Nossa revisão apontou que embora as ICSAP tenham reduzido com a expansão da cobertura da APS, existem diferenças entre os grupos de causas, as idades das crianças (menores de um ano) e as condições socioeconômicas. A

região nordeste do Brasil mantiveram as taxas elevadas de ICSAP, comparada a outras regiões do país, avaliando os dados de 2004 a 2013 houve, redução de 26,7% das internações, apesar das oscilações de tempo e região (Ribeiro; Araújo Filho; Rocha, 2019).

A cidade de Teresina, no Piauí, apresentou decréscimo de 71,88 % de ICSAP, o que reflete taxas menores, quando comparadas à média de internações do país. Tal fato pode ser explicado pelo aumento da cobertura da ESF na cidade, ao longo do período analisado, pois se sabe que ela contribui para a prevenção e tratamento de doenças que comumente geram internações (Amaral; Antunes de Araújo Filho; Santiago da Rocha, 2019). Em contrapartida, o estado da Bahia, com cobertura de ESF de 58%, apresentou a maior taxa da região nordeste de ICAPS associada à alta densidade demográfica e extensão territorial.

Para a redução de ICSAP são necessárias não somente estruturação e qualificação da rede de atenção à saúde e a APS, como também a melhoria da situação socioeconômica com a implantação de políticas de saneamento básico para a prevenção de infecções, acesso à água potável servindo de controle para infecções do trato gastrointestinal e infecções bacterianas (Santos, 2023; Capistrano, 2024; Farias, 2023; Freitas, 2022).

Os desafios da Estratégia Saúde da Família não se limitam apenas à qualidade da oferta de serviços esperada da Atenção Primária à Saúde, mas também ao reforço das políticas de saúde, que contribuem para a redução das ICSAP e da morbimortalidade em crianças menores de cinco anos, além de contribuir para a melhoria dos determinantes sociais associados ao processo saúde-doença. Assim, sua diminuição como motivo de hospitalização deve-se tanto a avanços sociais, como a diminuição da pobreza e das desigualdades sociais, quanto a investimentos em condições de saúde e saneamento básico da população, como a expansão das equipes de Estratégia Saúde da Família (Famaral, 2020).

Entre as faixas etárias, as crianças menores de um ano tiveram maior taxa de ICSAP comparado às crianças com idades entre um e quatro anos.

Santos (2023) verificou que entre as crianças menores de um ano, as doenças relacionadas ao pré-natal e parto tiveram tendência anual crescente

de 24,20%, como corroboram outros estudos, que identificaram como a maior causa de internações as afecções perinatais seguida das doenças do aparelho respiratório (Jacomín; Shibukawa; Higarashi, 2020), além de septicemia (Capistrano, 2024). Medidas protetivas desta população são necessárias, como o incentivo ao aleitamento materno e condições de vida adequadas, com acesso à moradia, à saúde e à educação. Embora as hospitalizações nesta faixa etária apresentem tendência à redução, quando comparadas às de crianças entre um e quatro anos, os valores merecem certa preocupação, pois, nessa faixa etária, os riscos de complicação e mortalidade são maiores, em decorrência da imaturidade do sistema imunológico (Caldart *et al.*, 2016).

Em oposição à redução das ICAPS, é apontado aumento das hospitalizações associadas às internações por sífilis congênita, gastroenterites e doenças pulmonares. Estes indicadores denotam a necessidade de uma análise mais aprofundada, principalmente sobre os processos de trabalho na APS para a identificação e tratamento de sífilis durante o pré-natal, uma vez que existe um crescente número de gestantes com sífilis e parceiros sem o tratamento adequado. Adicionalmente, estudos que avaliem o impacto de indicadores socioeconômicos, como o acesso ao esgotamento sanitário, sobre as doenças infecciosas como as gastroenterites e a exposição a possíveis contaminantes no meio ambiente como fumaça proveniente de queimadas, expondo crianças a doenças pulmonares são necessárias (Capistrano, 2024; Freitas, 2022; Leão, 2023; Ribeiro; Araújo Filho; Rocha, 2019; Farias, 2023; Amaral; Antunes de Araújo Filho; Santiago da Rocha, 2019; Zucco, 2019).

Embora o tema desta revisão sejam as ICAPS, destaca-se que a acessibilidade e o acesso aos cuidados primários para as crianças requer melhorias, independentemente do motivo da internação no hospital, pois auxiliam na melhora da qualidade de vida das famílias (Leão, 2023; Caldeira, 2021). Estudo demonstrou que o padrão de utilização dos serviços primários pelas famílias das crianças internadas em ICSAP estava irregular, sugerindo falta de continuidade de cuidados de saúde infantis de qualidade (Leão, 2023; Caldeira, 2021). Além disso, Capistrano 2024, pondera que, apesar da

expansão dos serviços da APS, possibilitando a ampliação da cobertura de consultas pré-natais, observam-se problemas estruturais e organizacionais que comprometem a qualidade da assistência prestada.

Estudo realizado na Itália, indica que as hospitalizações evitáveis e admissão por desidratação e doenças respiratórias foram mais prováveis nas crianças que não foram acolhidas pela APS antes da hospitalização. Os autores destacam a importância da melhoria do acesso à APS e do acompanhamento como abordagens-chave para reduzir essas hospitalizações (Zucco, 2019).

Os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) são um apelo global à ação para acabar com a pobreza, proteger o meio ambiente e o clima e garantir que as pessoas, em todos os lugares, possam desfrutar de paz e de prosperidade. Estes são os objetivos para os quais as Nações Unidas estão contribuindo a fim de que se possa atingir a Agenda 2030 no Brasil. O objeto 3 se refere a saúde e Bem-Estar que até 2030, reduza a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos e acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (Sustainable Development Goal 3, [s.d.]

A estratégia “Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância” (Aidpi) tem por objetivo diminuir a morbidade e mortalidade de crianças entre zero a 5 anos de idade, por meio da melhoria da qualidade da atenção prestada à criança por profissionais de saúde, em especial na Atenção Primária à Saúde, promovendo ações de promoção e prevenção em saúde infantil, diminuindo a mortalidade por estas doenças, não apenas investindo na sobrevivência das crianças, mas também no seu pleno desenvolvimento infantil (Organização Pan-Americana da Saúde, 2005).

A nossa revisão integrativa mostrou que a implementação e expansão da ESF têm um papel fundamental na melhoria da saúde da população e na redução de hospitalizações que poderiam ser evitadas, com cuidados adequados na APS, evidenciando um impacto positivo na análise dos dados

indicando que a expansão da ESF está associada a uma redução significativa nas taxas de internações por ICSAP em crianças menores de 5 anos.

O desempenho da ESF tem papel importante na reorganização da APS, promovendo não apenas o acesso aos serviços públicos de saúde, mas também a educação em saúde, o manejo de doenças prevalentes na infância, a coordenação do cuidado e a ordenação do fluxo assistencial na rede de atenção à saúde (REFERENCIAR ATRIBUTOS DA APS). Tais abordagens são necessárias para maximizar os benefícios da ESF, alocação de recursos, investimentos e garantir a sustentabilidade das melhorias alcançadas, evitando assim, hospitalizações desnecessárias.

Conclusão

Destaca-se a importância da expansão da cobertura da ESF, melhorando não apenas o acesso aos serviços de saúde, mas também contribuindo para a redução significativa das hospitalizações que poderiam ser evitadas com intervenções adequadas na APS. Apesar dos resultados positivos, a implementação da ESF enfrenta desafios significativos que vão desde a estruturação, a organização da rede de atenção à saúde e a necessidade de formação contínua e fixação dos profissionais de saúde, até a atuação governamental sobre os determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença que acabam por vulnerabilizar população de forma desigual, sobretudo as mais suscetíveis como as crianças menores de 5 anos de idade.

Estudos longitudinais que avaliem o impacto a longo prazo da ESF nas internações e na saúde da população, além da investigação de intervenções específicas que possam ser implementadas para aprimorar ainda mais os resultados devem ser empregados, tanto à nível nacional, quanto à nível local.

Referências

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y5n975h7b3yW6ybnk6hJwft/?format=pdf&lang=pt>. Acesso

em: 30 out. 2023.

AMARAL, J. V.; ANTUNES DE ARAÚJO FILHO, A. C.; SANTIAGO DA ROCHA, S. Hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária em cidade brasileira. **Av. Enferm**, v. 38, n. 1, p. 46–54, abr. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 01 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica. PNAB**. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 02 nov. 2023.

BRASIL. **Portaria nº 687, de 30 de março de 2006**. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/sau.delegis/gm/2006/prt0687_30_03_2006.html. Acesso em: 30 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2000. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf. Acesso em: 21 set. 2023.

CALDART, R. V. *et al.* Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1597–1606, maio 2016.

CAPISTRANO, G. N. *et al.* Perfil epidemiológico de internações por doenças infecciosas e bacterianas em menores de 5 anos, de 2017 a 2021. **Rev. Ciênc. Plur.**, v. 10, n. 1, p. 31411–31411, abr. 2024.

E-GESTOR AB. Disponível em: <https://egestorab.sau.de.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml>. Acesso em: 29 out. 2024.

FAMARAL, J. V. *et al.* Hospitalizações infantis por condições sensíveis à atenção primária. **Rev. enferm. UFPI**, v. 8, n. 4, p. 41–46, dez. 2019.

FARIAS, Y. N. *et al.* Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00001019, 19 ago. 2019.

FREITAS, G. L. DE *et al.* Tendências temporais de internações de crianças por condições sensíveis à atenção primária em Minas Gerais, Brasil. **REME rev. min. enferm.**, v. 26, p. e1431–e1431, abr. 2022.

FIOCRUZ. Comissão Nacional de Determinantes Sociais em Saúde (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS)**. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf. Acesso em: 05 nov. 2023.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996. Disponível em:

https://sgcd.fc.unesp.br/Home/helber-freitas/tcci/gil_como_elaborar_projetos_de_pesquisa_anto.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; BRASIL. **Capítulo 4 - Reduzir a mortalidade na infância**. Brasília, 2014. p. 66–75.

JACOMIN, V.; SHIBUKAWA, B. M. C.; HIGARASHI, I. H. Internações infantis por condições sensíveis à atenção primária em um estado do sul brasileiro. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, v. 12, p. 958–964, 2020.

LEÃO, H. M.; CALDEIRA, A. P. Accessibility and care pathways for children admitted to hospital for ambulatory care sensitive conditions. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3301–3310, ago. 2021.

LEÃO, H. M.; CALDEIRA, A. P. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária no norte de Minas Gerais, Brasil: reavaliação após 10 anos. **Cad. Saúde Colet. (Rio J.)**, v. 31, n. 1, p. e31010163–e31010163, 2023.

MACINKO, J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J. Epidemiol. Comunit Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

NAÇÕES UNIDAS/BRASIL. Sustainable Development Goal 3: Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs/3>. Acesso em: 28 out. 2024.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1903–1914, jun. 2018.

RASELLA, D. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. Tese (Dissertação em Saúde Pública), Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

RIBEIRO, M. G. C.; ARAUJO FILHO, A. C. A.; ROCHA, S. S. Children's hospitalizations by sensitive conditions in primary care in the Northeast of Brazil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. (Online)**, v. 19, n. 2, p. 491–498, jun. 2019.

SANTOS, A. DA S. *et al.* Hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions in children, Rondônia, Brazil, 2008-2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, p. 1003–1010, abr. 2023.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa: guia prático**. 2004. Disponível em: https://sindipoldf.org.br/wp/wp-content/uploads/2021/09/Metodologia_e_Organizacao_do_projeto_de_pesquisa.pdf. Acesso em: 12 out. 2023.

ZUCCO, R. *et al.* Preventable pediatric hospitalizations and access to primary health care in Italy. **PLoS One**, v. 14, n. 10, p. e0221852, 2019.

MODELIZAÇÃO DO FLUXO ASSISTENCIAL DO CUIDADO MULTIPROFISSIONAL À PESSOA COM FISSURA LABIOPALATINA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Bárbara Nascimento da Silveira
Danielle Amaral de Freitas
Andressa Ambrosino Pinto
Ana Maria Bezerra Bandeira

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada de qualquer cidadão no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo a coordenadora e ordenadora do cuidado. A Fissura Labiopalatina (FLP) é uma das malformações faciais de origem congênita mais comum, decorrente da falta de fusão dos processos maxilares durante a gestação. Visto que esta malformação pode exigir diversos tratamentos em todos os níveis de complexidade, é de extrema importância oferecer um cuidado integral, multiprofissional, longitudinal e equânime. O fluxo do cuidado da pessoa com FLP deve ser definido e estruturado na rede de atenção à saúde (RAS). **OBJETIVO:** Identificar na literatura a existência de modelos do fluxo assistencial para pessoas com FLP, considerando as RAS. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) que analisou estudos das plataformas digitais BVS, PubMed e Google Acadêmico, com recorte temporal de 10 anos. Foram analisados artigos em inglês e português. Os principais termos de pesquisa utilizados foram: Fissura Palatina, Fenda Labial, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Atenção terciária à Saúde. Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 10 anos (2011-2021), em Português e Inglês e publicações de legislações acerca da pessoa com FLP. E como critérios de

exclusão: artigos e legislações incompletos fora da década e dos idiomas optados e outros tipos de publicações (cartas ao editor, resumos em anais e etc.). **RESULTADOS:** Foram encontrados 1.557 artigos através das chaves de buscas utilizadas. Após a aplicação dos filtros de critérios de inclusão, restaram 884 artigos, os quais foram selecionados através dos títulos, alinhados à temática da pesquisa, totalizando 65 artigos. Destes, após remoção das duplicatas, 61 artigos tiveram seus resumos lidos e incluídos restando apenas dois artigos, consoantes com o tema basilar, os quais foram lidos na íntegra. **Discussão:** A construção do modelo lógico é o primeiro passo para iniciar um processo avaliativo de um serviço de saúde, a fim de responder como uma situação problema poderá ser solucionada diante de um conjunto de hipóteses pré-estruturadas. Eles têm como objetivo fornecer como os componentes do programa estão relacionados aos resultados desejados. **CONCLUSÃO:** Constatou-se que não há estudos suficientes que abordem sobre o fluxo de atendimento da pessoa com FLP no município do Rio de Janeiro-RJ. Espera-se contribuir para a APS com a construção do modelo lógico do fluxo assistencial para o cuidado à pessoa com FLP, usuário do SUS, na RAS.

PALAVRAS-CHAVE: fissura palatina; fenda labial; Atenção Primária à Saúde; Atenção Secundária à Saúde; Atenção Terciária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Primary Health Care (PHC) is the gateway for any citizen to the Unified Health System (SUS), and is the coordinator and organizer of care. Cleft Lip and Palate (CLP) is one of the most common facial malformations of congenital origin, resulting from the lack of fusion of the maxillary processes during pregnancy. Since this malformation may require several treatments at all levels of complexity, it is extremely important to offer comprehensive, multidisciplinary, longitudinal and equitable care. The flow of care for people with CLP must be defined and structured in the health care network (HCN). **OBJECTIVE:** To identify in the literature the existence of models of care flow for people with CLP, considering the HCN. **METHODOLOGY:** This is

an Integrative Literature Review (ILR) that analyzed studies from the digital platforms BVS, PubMed and Google Scholar, with a time frame of 10 years. Articles in English and Portuguese were analyzed. The main search terms used were: Cleft Palate, Cleft Lip, Primary Health Care, Secondary Health Care, Tertiary Health Care. Inclusion criteria: articles published in the last 10 years (2011-2021), in Portuguese and English, and publications of legislation about people with CLP. And as exclusion criteria: incomplete articles and legislation outside the decade and languages chosen and other types of publications (letters to the editor, abstracts in annals, etc.). **RESULTS:** 1,557 articles were found through the search keys used. After applying the inclusion criteria filters, 884 articles remained, which were selected through the titles, aligned with the research theme, totaling 65 articles. Of these, after removing duplicates, 61 articles had their abstracts read and included, leaving only two articles, consistent with the basic theme, which were read in full. Discussion: The construction of a logical model is the first step in initiating an evaluation process for a health service, in order to answer how a problem situation can be solved given a set of pre-structured hypotheses. They aim to provide how the program components are related to the desired results. **CONCLUSION:** It was found that there are not enough studies that address the flow of care for people with CLP in the city of Rio de Janeiro-RJ. It is expected to contribute to PHC with the construction of a logical model of the care flow for the care of people with CLP, users of the SUS, in the RAS.

KEYWORDS: cleft palate; cleft lip; Primary Health Care; Secondary Health Care; Tertiary Health Care.

Introdução

A Fissura Labiopalatina (FLP) é uma das malformações faciais congênitas mais comum, sendo a taxa de incidência mundial de 1 nascido com algum tipo de fissura labiopalatina em cada 500 a 700 nascidos vivos e a variação nesse número decorre da área geográfica ou grupos étnicos. No

Brasil, a taxa de incidência é de um fissurado para cada 650 nascimentos (Mendes *et al.*, 2012).

A FLP acontece em decorrência da falta de fusão dos processos maxilares durante a embriogênese, podendo afetar o lábio, o palato e/ou ambos. A reabilitação da pessoa com fissura labiopalatina pode exigir tratamentos complexos. O cuidado precoce, integral, multiprofissional, longitudinal e equânime é fundamental para garantir a completa reabilitação do indivíduo, com o intuito de propiciar fala, mastigação, estética e oclusão satisfatórias. O tratamento pode ser cirúrgico ou não cirúrgico, dependendo de cada caso, ou seja, singularidade de cada usuário (Neres; Sousa; Ferraz, 2022).

O diagnóstico da FLP pode ser feito durante o pré-natal, através de ultrassonografias ou ressonâncias (Neres; Sousa; Ferraz, 2022). Quanto mais precoce a intervenção acontecer, melhor será o planejamento de ações necessárias para o acompanhamento das crianças em centros de referência à pessoa, ao usuário com FLP (Carrer *et al.*, 2019).

A criança acometida pela FLP pode desenvolver problemas na fala, audição, dentição, nutrição, além de demandas emocionais e sociais. Por isso, um tratamento multiprofissional revela-se como essencial para a integralidade do cuidado à pessoa com FLP, assim como a importância de conhecimentos referentes ao tema pela equipe de saúde para prestar o devido cuidado e assistência, sabendo orientar e encaminhar corretamente estes usuários, visto que o tratamento adequado realizado no tempo cirúrgico correto pode evitar sequelas na vida adulta (Calvasina, 2024; Carrer *et al.*, 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada de qualquer cidadão, ou seja, de todo usuário no Sistema Único de Saúde (SUS). A APS é a coordenadora e ordenadora do cuidado em saúde (Brasil, 2017). Por isso, deve-se incluir a APS como nível principal aos cuidados rotineiros, para apoiar os demais níveis de atenção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) - secundário e terciário (Mendes *et al.*, 2012).

Desta forma, é importante que o fluxo do cuidado à pessoa com FLP seja definido e estruturado na RAS, não só para aplicar conceitos de promoção,

proteção da saúde e prevenção de agravos e doenças, como também para que o usuário, caso necessário, seja encaminhado para o cuidado especializado. Um encaminhamento adequado evita conflitos no fluxo de atendimento dos usuários, otimiza o tempo entre as consultas de alta e média complexidades e garante melhor resolutividade nos casos (Monlleó; Gil-Da-Silva-Lopes, 2006).

Entretanto, para o cuidado às pessoas com FLP esta estrutura ainda é incipiente e necessita de atenção para estabelecer os fluxos assistenciais que envolvam toda a rede e de fato esta pessoa se sinta acolhida para concluir sua reabilitação (Almeida *et al.*, 2017). Considerando a complexidade do cuidado à pessoas com FLP, que exige uma equipe multiprofissional atuante desde o diagnóstico até a reabilitação, assim como o longo tempo de tratamento, é de suma importância estabelecer a modelização do fluxo assistencial dessa realidade específica (Siebra *et al.*, 2020). Por isso, este estudo tem como objetivo investigar se existem modelos lógicos sobre o fluxo do cuidado à pessoa com FLP, a partir de uma revisão integrativa de literatura.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica norteada pela seguinte pergunta: “Existe um modelo lógico do fluxo assistencial para o cuidado à pessoa com fissura labiopalatina na rede de atenção à saúde?” em busca de identificar estudos sobre o cuidado à pessoa com FLP e o fluxo assistencial focados na avaliação de serviço, mais precisamente na modelização do fluxo assistencial que acontece no SUS, os critérios de elegibilidade para a busca foram baseados no acrônimo “PEO” que definem os elementos da pesquisa, em que “P” significa Público Alvo; “E” Exposição; “O” Desfecho. Nesse sentido, os estudos que abordavam a temática de construção de um modelo lógico do fluxo assistencial (O) levando em consideração os níveis de atenção à saúde para o cuidado (E) à pessoa com FLP (P) foram incluídos, tanto artigos completos quanto legislações sobre a FLP. Os estudos excluídos foram aqueles escritos em quaisquer outras línguas diferentes de inglês e português

e que não foram publicados dentro do recorte temporal dos últimos 10 anos e ainda não compuseram a amostra outros tipos de publicações (cartas ao editor, resumos de anais e etc.). Identificou-se os Descritores de Ciências da Saúde, *Medical Subject Headings* (DeCS/MESH), termos alternativos e *Entry Terms* (Quadro 1) para compor a chave de busca eletrônica nas plataformas digitais PubMed, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Para determinar as chaves de busca (Quadro 1) foram utilizados os operadores lógicos Booleanos **AND** e **OR**. Os DeCS utilizados foram: Fissura Palatina, Fenda Labial, Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária à Saúde, Atenção Terciária à Saúde, Assistência à Saúde, Qualidade da Assistência à Saúde, Pesquisa sobre Serviços de Saúde e Planejamento em Saúde. Os *MeSH Terms* utilizados foram: *Cleft Palate*, *Cleft Lip*, *Primary Health Care*, *Secondary Care*, *Tertiary Healthcare*, *Health Services Research*, *Delivery of Health Care*, *Quality of Health Care*, *Health Planning*. Foi constatado que os termos “*cleft palate*”, “*cleft lip*”, “*Primary Health care*”, “*Delivery of health care*”, “*quality of health care*”, “*Health Services Research*” e “*Health Planning*” são termos utilizados tanto como DeCS, quanto MeSH. Vale destacar que as estratégias de buscas foram estruturadas e testadas nos meses de fevereiro/março de 2020 e as ocorrências atualizadas em janeiro de 2021.

Para o Google Acadêmico, foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: fenda labial, fenda palatina, fissura labial, fissura palatina, fissura labiopalatina, atenção primária, atenção secundária, atenção terciária, modelo lógico, avaliação de serviços de saúde. E em inglês, foram utilizados os seguintes termos: *Cleft Palate*, *Cleft Lip*, *Primary Health Care*, *Secondary Care*, *Tertiary Healthcare*, *Health Services Research*, *Delivery of Health Care*, *Quality of Health Care* e *Health Planning*. A chave utilizada para as bases de dados está detalhada no Quadro 1.

Os registros identificados nas bases de dados (PubMed = 1.307 artigos, BVS = 38 artigos e Google Acadêmico = 222), totalizaram 1.157 artigos. Foram aplicados os critérios de inclusão: data de publicação nos últimos 10 anos (2011-2021) e idiomas português e inglês. Na PubMed, dos 1.307 artigos

encontrados, após a utilização dos filtros, foram localizados 640 artigos. Destes, baseado nos critérios de elegibilidade, foi realizada uma seleção através dos títulos, que atendessem aos elementos de pesquisa “PEO”, ficando com 47 artigos. Na BVS, foram separadas as ocorrências encontradas para a chave em inglês (25 artigos) e em português (13 artigos). Destes, os mesmos filtros foram aplicados, gerando então 13 e 9 artigos respectivamente. A seleção pelo título resultou em 4 e 6 artigos, respectivamente. No Google Acadêmico, também foi realizada uma busca com os termos em inglês (222 artigos) e em português (10 artigos), dos quais após aplicação do filtro não houve alteração no número de artigos encontrados. Após a seleção pelo título, restaram 3 e 5 artigos das chaves em inglês e português, respectivamente. Após a seleção pelo título, os artigos foram exportados para o software Endnote Web®, e foram removidas as duplicatas. Observou-se, portanto, que do total de 65 artigos, haviam 4 artigos duplicados. Os mesmos foram excluídos, resultando em 61. Os resumos destes 61 artigos foram lidos e constatou-se que apenas dois estavam incluídos de acordo com a estratégia “PEO” (Figura 1).

Quadro 1. Chaves finais e suas ocorrências nas bases de dados Pubmed, BVS e Google Acadêmico

Base de Dados	Chave Final (P + E + O)
PubMed*	(Cleft Palate [mesh terms] OR Cleft Palate* [tiab] OR Cleft Lip [mesh terms] OR Cleft Lip* [tiab]) AND (Primary Health Care [mesh terms] OR Primary Health Care [tiab] OR Primary Care [tiab] OR Secondary Care [mesh terms] OR Secondary Care [tiab] OR Care, Secondary [tiab] OR Tertiary Healthcare [mesh terms] OR Tertiary Healthcare [tiab] OR Health care, tertiary [tiab] OR Tertiary Care [tiab] OR Care, tertiary [tiab] OR Health Services Research [mesh terms] OR Health Services Research [tiab] OR Health Services Evaluation [tiab] OR Evaluation, Health Services [tiab] OR Evaluations, Health Services [tiab] OR Health Services Evaluations [tiab] OR Delivery of health care [mesh terms] OR Delivery of health care [tiab] OR Quality of Health Care [mesh terms] OR Quality of Health Care [tiab]) AND (Health Planning [mesh terms] OR Health Planning [tiab] OR State Health Planning, United States [tiab] OR Logic Model [tiab] OR Evaluation [tiab] OR Planning [tiab])
BVS	("Cleft Palate") OR ("Cleft Palates") OR ("Clef Lip") OR ("Cleft Lips") AND ("Primary Health Care") OR ("Primary Care") OR ("Secondary Care") OR ("Care, Secondary") OR ("Tertiary Healthcare") OR ("Health care, tertiary") OR ("Tertiary Care") OR ("Care, tertiary") OR ("Delivery of health care") OR ("Quality of Health Care") OR ("Quality of Care") OR ("Health Services Research") OR ("Health Services Evaluation") OR ("Evaluation, Health Services") OR ("Evaluations, Health Services") OR ("Health Services Evaluations") AND ("Health Planning") OR ("State Health Planning, United States") OR ("Logic Model") OR ("Evaluation") OR ("Planning")

	("Fissura Palatina") OR ("Fenda Labial") AND ("Atenção Primária à Saúde") OR ("Atenção Básica") OR ("Atenção Primária") OR ("Cuidados Primários") OR ("Atenção Secundária à Saúde") OR ("Atenção Terciária à saúde") OR ("Atenção Terciária") OR ("Pesquisa sobre Serviços de Saúde") OR ("Assistência à Saúde") OR ("Cuidados de Saúde") OR ("Qualidade de Assistência à Saúde") OR ("Qualidade Assistencial") OR ("Qualidade dos Cuidados de Saúde") OR ("Qualidade dos Serviços de Saúde") AND ("Planejamento em Saúde") OR ("Modelo Lógico") OR ("Avaliação") OR ("Planejamento")
Google Acadêmico*	("fenda labial" OR "fissura palatina" OR "fenda palatina") AND ("atenção primária" OR "atenção secundária" OR "atenção terciária") AND ("modelo lógico" OR "avaliação de serviços de saúde")
	("Cleft Palate" OR "Cleft Lip") AND ("Primary Health Care" OR "Secondary Care" OR "Tertiary Healthcare" OR "Health Services Research" OR "Delivery of Health Care" OR "Quality of Health Care") AND ("Health Planning")

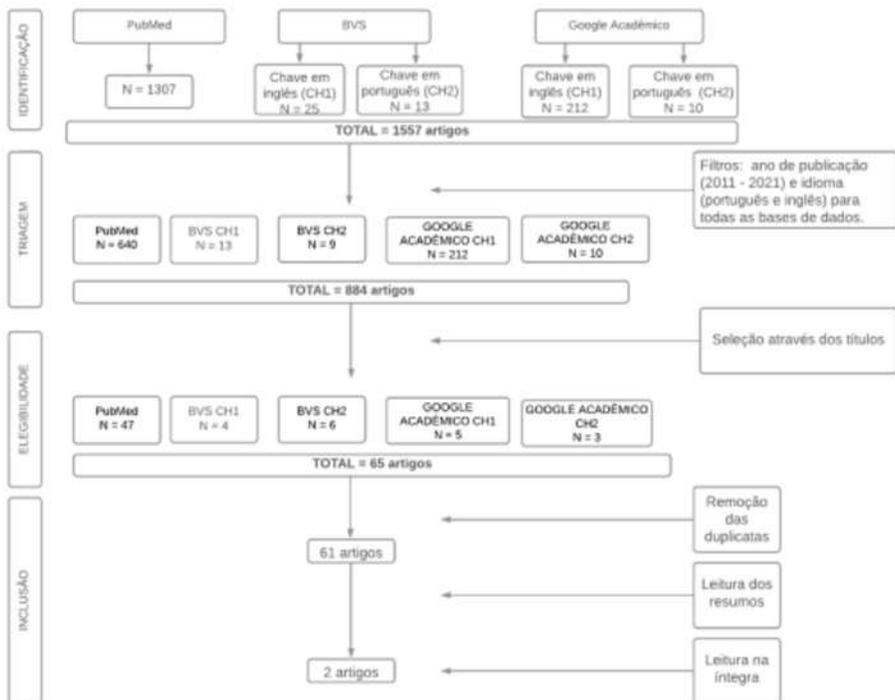
Fonte: Feito pelas próprias autoras, 2023.

Links: *PubMed:(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/advanced/>)

**BVS: (<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/advanced/?lang=pt>)

***Google Acadêmico: (<https://scholar.google.com.br/?hl=pt>).

Figura 1. Diagrama com a representação esquemática dos artigos encontrados nas bases de dados BVS, PubMed e Google Acadêmico



Fonte: Feito pelas próprias autoras, 2023. Baseado em PRISMA (2020).

Resultados

Ao completar as pesquisas nas bases de dados, observou-se que não foram encontrados artigos que falem sobre o modelo lógico do fluxo assistencial da pessoa com FLP no município do Rio de Janeiro - RJ, apenas sobre os Centros de Referência em tratamento à pessoa com FLP, sem levar em conta os demais níveis de atenção à saúde (primário - APS - secundário e terciário) (Quadro 2) (Almeida *et al.*, 2017; Almeida; Chaves, 2019; Mendes *et al.*, 2012), o que comprova a importância desta temática basilar para a APS e RAS no âmbito do SUS.

Quadro 2. Quadro sinóptico

Título	Autor(es)	Objetivos	Tipo de Estudo	Resultados	Conclusão
"Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil"	Ana Maria Freire de Lima Almeida; Sônia Cristina Lima Chaves; Carla Maria Lima Santos; Sisse Figueredo de Santana	Formular um modelo lógico da atenção à pessoa com fissura labiopalatina (FLP)	Estudo de modelização	Elaboração de um modelo lógico da atenção ao indivíduo com FLP.	A proposta de modelização da atenção ao indivíduo com FLP é uma parte de uma realidade mais complexa, destacando temas que merecem discussão. Pesquisas avaliativas podem ajudar a entender as lacunas no cuidado a essas pessoas, além de esclarecer expectativas sobre o atendimento em centros de referência do SUS, alinhando-se aos seus princípios.

<p>“Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro”</p>	<p>Ana Maria Freire de Lima Almeida; Sônia Cristina Lima Chaves</p>	<p>Avaliar a implantação da atenção à pessoa com FLP em um centro de reabilitação brasileiro.</p>	<p>Pesquisa avaliativa do tipo avaliação do grau de implantação</p>	<p>Observou-se implantação avançada na dimensão Gestão (89,2%) e subdimensão Organização (94,7%). Na dimensão Reabilitação (84,9%), a subdimensão Gerência encontra-se incipiente (48,8%) com fragilidades na realização de reuniões, apoio à educação permanente, monitoramento dos resultados, avaliação da percepção dos usuários, educação em saúde, realização de busca ativa e relação com associação de apoio.</p>	<p>O centro avaliado apresentou implantação avançada, atendendo a mais de 80% dos critérios estabelecidos. Recomenda-se maior interação entre gestão e profissionais para melhorias. O instrumento desenvolvido pode ajudar na avaliação de outros centros.</p>
---	---	---	---	---	---

Fonte: Feito pelas próprias autoras, 2024.

Discussão

As primeiras iniciativas de atenção à pessoa com FLP no SUS começaram a partir de 1.990, de forma que as legislações para este público fossem avançando gradualmente com o passar do tempo. Em 1.994, através da Portaria da Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde (SAS/MS) nº 62, de 19 de abril de 1994, ficou estabelecido as normas para o cadastramento de hospitais e serviços de reabilitação na área (Almeida *et al.*, 2017; BRASIL, 1994). Depois, foi instaurada a Rede de Referência no Tratamento de Deformidades Craniofaciais (Almeida *et al.*, 2017; Brasil, 2002).

Nestes Centros de Referência para a pessoa com FLP são realizados tratamentos complexos, que envolvem múltiplas especialidades atuando de forma conjunta, coordenada e colaborativa. Por isso, revela-se como importante que estes Centros possuam uma avaliação, a qual se inicia através da modelização. Os estudos atuais focam na modelização pensando

no processo de avaliação dos Centros de Referências que tratam as pessoas com FLP (Almeida *et al.*, 2017; Almeida; Chaves, 2019; Mendes *et al.*, 2012). Entretanto, é importante pensar como seria o fluxo assistencial dessa pessoa com FLP para que ela tenha um cuidado integral no SUS visando o cuidado, o tratamento e diagnóstico precoces.

Os custos da atenção à saúde voltada para este público são altos, visto que atinge todos os níveis de complexidade da saúde, devido à necessidade de reabilitação que engloba várias intervenções cirúrgicas ao longo da vida, além de exigir um acompanhamento contínuo e longitudinal do crescimento e desenvolvimento facial e da fala (Chaves; Silva; Almeida, 2016).

O cuidado à pessoa com FLP deve iniciar-se na APS, que é a porta de entrada de todo e qualquer cidadão, usuário no SUS e representa o primeiro nível de assistência da RAS, a qual deve ser estruturada com fluxos de atendimento previamente estabelecidos (BRASIL, 2017). Existem diversas evidências científicas de que a APS é efetiva e eficaz, conforme alguns estudos apontam ,(Harzheim; Stein; Álvarez-Dardet, 2004), sendo elas: a redução da mortalidade infantil e de bebês nascidos com baixo peso, a redução da mortalidade em adultos, diminuição de internações hospitalares, a equidade no acesso aos serviços de saúde, a melhor autopercepção da saúde, a maior satisfação dos usuários e a obtenção de melhores indicadores de saúde populacionais com menor custo.

No Brasil, o acesso do usuário aos serviços especializados se dá através de encaminhamentos realizados pela APS através do Sistema de Regulação de Vagas (SISREG). A regulação no setor da saúde abrange ações de fiscalização, controle, auditoria, regulamentação e avaliação de determinado sujeito social sobre a produção de bens e serviços em saúde, sendo o Estado um destes sujeitos e os outros sujeitos não estatais, como setores privados. Logo, o encaminhamento dos usuários pode se dar também via contratualização interestadual quando necessário, de acordo com a Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, a qual Institui a Política Nacional de Regulação do SUS (Brasil, 2008; Conass, 2016). Entretanto, o acesso aos

serviços especializados, também chamados de média e alta complexidade, representa uma dificuldade em vários municípios brasileiros, pois envolvem questões gerenciais que incluem a força de trabalho, a densidade tecnológica exigida e os custos. Tal dificuldade no acesso prejudica a continuidade e integralidade do cuidado, gerando a fragmentação do mesmo, implicando, portanto na adequada coordenação da APS que deve estar articulada com os demais níveis de atenção à saúde, seja por motivos de municípios de regiões distantes de grandes centros urbanos, seja pelos custos e/ou pela força de trabalho especializada envolvida. Para isso, é importante que o sistema de referência e contrarreferência – mecanismo mútuo de encaminhamento de usuários entre os níveis de atenção à saúde - possuam um sistema efetivo (Melo *et al.*, 2021).

A resolutividade do serviço prestado é considerada como uma resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário, o que depende da forma como a rede assistencial está organizada e como se constitui a qualidade do atendimento ofertado ao usuário para que se alcance também a integralidade do cuidado. A integralidade, por sua vez, engloba não somente um cuidado multiprofissional, mas também a organização dos processos de trabalho como o acolhimento e o vínculo, em que a equipe se responsabilize pelo cuidado do usuário em seu contexto mais amplo e conheça os mecanismos de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde (Costa *et al.*, 2014).

Considerando-se que a pessoa com FLP necessita de um cuidado multiprofissional o mais precoce possível, o sistema de saúde deve contar com um bom e eficiente fluxo entre as RAS. Vale e Azevedo (2014) e Vitorino *et al.*, (2017) enfatizam que o fluxo da RAS estruturado e estabelecido são de suma importância, não só para aplicar conceitos de promoção, proteção da saúde e prevenção de agravos e doenças, como também para que o usuário, caso haja necessidade, seja corretamente encaminhado para a assistência especializada evitando conflitos no fluxo de atendimento, otimizando o tempo entre as consultas de alta e média complexidades e garantindo melhor resolutividade nos casos, de cada usuário no SUS.

Além disso, vale salientar que a pessoa com FLP necessita de cuidados em todos os níveis de atenção à saúde, já que é na APS que esta pessoa será acolhida e referenciada aos demais níveis sempre que necessário. Na atenção secundária poderá ser atendida nos Centros de Referência à pessoa com FLP e na atenção terciária, em casos de internações hospitalares e outras cirurgias complexas (Almeida *et al.*, 2017; Carrer *et al.*, 2019). Para isso, é importante pensar no atendimento qualificado, que não dependa apenas de recursos financeiros e equipamentos, mas que também esteja relacionado a uma atenção humanizada e acolhedora, o que resultará em um trabalho efetivo na APS e maior satisfação dos usuários no SUS (Corrêa, 2017).

O diagnóstico realizado no pré-natal tem vantagens, já que a gestante e a família poderão esclarecer suas dúvidas, facilitando a adesão ao tratamento, além de que a equipe poderá traçar um plano de tratamento longitudinal (Cunha *et al.*, 2019). Dessa forma, modelos lógicos poderiam facilitar na detecção precoce da FLP na RAS, além de orientar as equipes da RAS quanto ao correto fluxo de encaminhamento e tratamentos a serem realizados, desde o primeiro nível de atenção à saúde, até os mais complexos, para que se chegue ao objetivo desejado (usuário reabilitado) e perpetuando os princípios do SUS de integralidade, equidade e universalidade do cuidado (Almeida *et al.*, 2017; Carrer *et al.*, 2019; Hrac-USP, 2016).

A construção de modelos lógicos representa o primeiro passo para iniciar um processo avaliativo de um serviço de saúde e revela-se como um potencial que pode influenciar na melhora da qualidade dos serviços de saúde prestados. Além disso, é necessário que as políticas públicas voltadas para este público sejam aprimoradas como uma medida que vá além do setor saúde (Mills; Sheard; Lawton, 2019; Vitorino; Cruz; Barros, 2017).

Os modelos lógicos têm como objetivo fornecer, através de mapas visuais ou descrição narrativa, como os componentes do programa estão relacionados aos resultados desejados, ou seja, a relação entre os componentes do programa e as necessidades que procura atender (Gugiu; Rodríguez-Campos, 2017).

Conclusão

Em virtude do que foi exposto, esta pesquisa de RIL teve sua importância no que tange a busca por um fluxo de atendimento ao cuidado à pessoa com FLP no SUS, pois foi identificado que não há um modelo que estruture esse fluxo nas RAS.

Considerando a complexidade do cuidado a estas pessoas, que exige uma equipe multiprofissional atuante desde o diagnóstico até a reabilitação, assim como o longo tempo de cuidado, assistência e tratamento, é de suma importância estabelecer a modelização do fluxo assistencial dessa realidade específica no SUS

Levando-se em consideração que este usuário possui atenção voltada à saúde negligenciada, a construção de modelos lógicos revela-se como um potencial que pode influenciar na melhora da qualidade dos serviços de saúde prestados. Além disso, é necessário que as políticas públicas voltadas para este usuário sejam aprimoradas como uma medida que vá além do setor saúde. Estas medidas dependem não só de uma conscientização por parte da população, e de profissionais da saúde sobre a relevância do tema, como também por parte dos gestores e o empenho de todos os níveis governamentais, a fim de que se possa reduzir as iniquidades do acesso da população, das pessoas com FLP aos serviços de saúde inseridos na RAS do SUS. .

Neste contexto, a atuação do Estado e Município como entidades que devem fornecer qualidade de vida e diminuir a vulnerabilidade individual e coletiva através da promoção da saúde, bem como tratar doenças, é importante fornecer subsídios para expansão e consolidação da APS e seus demais níveis de saúde, para que se obtenha um fluxo entre a RAS bem estruturado e para que se possa oferecer um cuidado integral e longitudinal, a fim de que seja atingida a total reabilitação da pessoa com FLP.

Quanto mais precoce for o diagnóstico da FLP, melhor será a adesão da família, o esclarecimento de dúvidas e o planejamento de cada caso com suas singularidades. Para que isso seja possível, é necessário que se estabeleça protocolos e diretrizes para um bom pré-natal na APS, com fluxos e contra-

fluxos organizados. Da mesma forma, quanto maior for o conhecimento sobre este fluxo entre os profissionais e equipes da RAS, melhor será o acolhimento e condução de cada caso, mesmo que o usuário seja acolhido em fase tardia, para que se alcance a completa reabilitação e a reinserção destas pessoas na sociedade.

Desta forma, a relevância do estudo poderá despertar outras ações de saúde pública. Ainda, a construção do modelo poderá potencializar e sugerir pesquisas futuras baseadas na construção destes modelos lógicos, a fim de validá-lo e posteriormente, avaliá-lo, de forma a unir esforços e melhorar o cuidado, a assistência destinada a estes usuários como um todo no âmbito do SUS. Espera-se, portanto, que esta pesquisa possa contribuir na criação de uma metodologia de avaliação do fluxo do cuidado da pessoa com FLP, de forma que abarque não apenas o planejamento estratégico, mas também o planejamento longitudinal e integral do cuidado.

Referências

ALMEIDA, A. M. F. de L. *et al.* Atenção à pessoa com fissura labiopalatina: proposta de modelização para avaliação de centros especializados, no Brasil. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 156–166, mar. 2017.

ALMEIDA, A. M. F. de L.; CHAVES, S. C. L. Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 73–85, jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 62, de 19 de abril de 1994**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1994/prt0062_19_04_1994.html. Acesso em: 22 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS/SISREG - Manual do usuário, SISREG III**. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 22 out. 2024.

CALVASINA, P. Repensando a atenção à pessoa com fissura labiopalatina no Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 34, p. e34054, 2024.

CARRER, F. C. de A. **SUS e Saúde Bucal no Brasil: por um futuro com motivos para sorrir**. Coord.: Fernanda Campos de Almeida Carrer, Gilberto Alfredo Pucca Junior, Maria Ercília de Araújo. São Paulo: Faculdade de Odontologia da USP, 2019.

CHAVES, S. C. L.; SILVA, L. C. M. da; ALMEIDA, A. M. F. de L. Política de atenção à fissura labiopalatina: a emergência do Centrinho de Salvador, Bahia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 26, n. 2, p. 591–610, abr. 2016.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Guia de apoio à gestão Estadual do SUS - O SISREG**. 2016. Disponível em: <https://www.conass.org.br/guiainformacao/o-sisreg/>. Acesso em: 22 out. 2024.

CORRÊA, L. V. de A. **Proposta de organização da agenda médica na unidade de saúde-boa vista, Januária, Minas Gerais**. Trabalho de conclusão de curso (TCC), Curso de Especialização Estratégia Saúde da Família – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Montes Claros, 2017.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, v. 38, n. 103, p. 733–743, out. 2014.

CUNHA, G. F. M. da *et al.* A descoberta pré-natal da fissura labiopalatina do bebê: principais dúvidas das gestantes. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 27, p. e34127, 2019.

GUGIU, P. C.; RODRÍGUEZ-CAMPOS, L. Semi-structured interview protocol for constructing logic models. **Evaluation and Program Planning**, v. 30, n. 4, p. 339–350, 2007.

HARZHEIM, E.; STEIN, A. T.; ÁLVAREZ-DARDET, C. **A efetividade dos atributos da atenção primária sobre a saúde infantil**. HRAC-USP. Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais - Universidade de São Paulo, 2016.

MELO, E. A. *et al.* A regulação do acesso à atenção especializada e a atenção primária à saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, p. e310109, 2021.

MENDES, M. *et al.* Avaliação da percepção e da experiência dos cirurgiões-dentistas da rede municipal de Pelotas/RS no atendimento aos portadores de fissuras labiopalatais. **RFO**, Passo Fundo, v. 17, n. 2, p. 196–200, maio/ago. 2012.

MILLS, T. *et al.* Advancing complexity science in healthcare research: The logic of logic models. **Evaluation and Program Planning**, dez. 2019.

MONLLEÓ, I. L.; GIL-DA-SILVA-LOPES, V. L. Anomalias craniofaciais: descrição e avaliação das características gerais da atenção no Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 913–922, maio 2006.

NERES, J. G. *et al.* Fissuras labiopalatais: uma revisão acerca dos conceitos, etiologia, classificação e outros aspectos. **RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar**, v. 3, n. 3, p. e331251, 2022. DOI: 10.47820/recima21.v3i3.1251. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/1251>. Acesso em: 22 out. 2024.

SIEBRA, L. G. B. *et al.* O tratamento interdisciplinar da fissura palatina no sistema único de saúde. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 3, p. 6213–6227, 2020. DOI: 10.34119/bjhrv3n3-174. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/11518>. Acesso em: 22 out. 2024.

VALE, J.; AZEVEDO, N. Peculiaridades dos serviços de atenção básica à saúde. Disponível em: <https://rmmg.org/exportar-pdf/1694/v24s7a10.pdf>. 2014. Acesso em: 22 out. 2024.

VITORINO, S. A. S. *et al.* Modeling of Food and Nutrition Surveillance in Primary Health Care. **Revista de Nutrição**, v. 30, n. 1, p. 109-126, jan. 2017.

A PROBLEMÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO NA INFÂNCIA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA NO PERÍODO 1998 A 2019

Luk Rodrigues Claro
Bruna Liane Passos Lucas
Lucas Lima de Carvalho
Amanda dos Santos Cabral
Ravini dos Santos Fernandes Vieira dos Santos
Simone Fonseca Lucas
Antonio Eduardo Vieira dos Santos
Claudia Lima Campos Alzuguir
Alexandre Oliveira Telles
Maria Katia Gomes
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

RESUMO

INTRODUÇÃO: O estudo trata-se de uma revisão integrativa sobre a automedicação no contexto da APS. **OBJETIVOS:** caracterizar a produção científica sobre a temática da automedicação na infância no contexto da Atenção Primária à Saúde no período de 1998 a 2019; analisar a produção científica encontrada buscando as lacunas na produção de conhecimento na temática estudada; e, discutir as implicações dos principais resultados evidenciados na produção científica à luz dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS). **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados Lilacs, Medline e BDENF, utilizando os descritores “Automedicação”, “Criança” e “Atenção Primária à Saúde”. **RESULTADOS:** A amostra foi constituída de dezesseis estudos, que demonstram aumento no número de publicações sobre a automedicação na infância a partir de 2013. Nenhum manuscrito se aprofunda na relação entre essa temática e os atributos da APS. Apenas um artigo citou a importância do agente comunitário de saúde na prevenção da automedicação.

Os estudos apontam que entre os medicamentos utilizados mais comumente estão os antitérmicos, antibióticos, e anti-inflamatórios. Isto ocorre devido à falta de conhecimento da população sobre a utilização desses fármacos e a decisão de reciclar prescrições médicas antigas para casos com sinais e sintomas semelhantes. **CONCLUSÃO:** A abordagem da automedicação na infância no contexto da APS é fundamental, pois as Unidades Básicas de Saúde são a porta de entrada do SUS. Cabe aos profissionais de saúde discutir a temática com a comunidade, pois eles têm a possibilidade de criar vínculos e promover um ambiente propício para a educação em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: automedicação; criança; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The study is an integrative review on self-medication in the context of PHC. **OBJECTIVES:** to characterize scientific production on the topic of self-medication in childhood in the context of Primary Health Care in the period from 1998 to 2019; analyze the scientific production found, looking for gaps in the production of knowledge on the topic studied; and, discuss the implications of the main results evidenced in scientific production in light of the attributes of Primary Health Care (PHC). **METHODOLOGY:** A bibliographic review was carried out in the Lilacs, Medline and BDENF databases, using the descriptors “Self-medication”, “Child” and “Primary Health Care”. **RESULTS:** The sample consisted of sixteen studies, which demonstrate an increase in the number of publications on self-medication in childhood from 2013 onwards. No manuscript delves into the relationship between this topic and the attributes of PHC. Only one article cited the importance of community health agents in preventing self-medication. Studies indicate that among the most commonly used medications are antipyretics, antibiotics, and anti-inflammatories. This occurs due to the population’s lack of knowledge about the use of these drugs and the decision to recycle old medical prescriptions for cases with similar signs and symptoms. **CONCLUSION:** The approach to self-medication in childhood in the context of PHC is fundamental, as Basic Health Units are the

gateway to the SUS. It is up to health professionals to discuss the topic with the community, as they have the possibility of creating bonds and promoting an environment conducive to health education.

KEYWORDS: self-medication; children; Primary Health Care.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS), na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada na antiga União Soviética, em 1978, afirma que a Atenção Primária em Saúde é um direito humano fundamental. E em 2008, trinta anos depois da Alma Ata, no Relatório Mundial da Saúde, ratificou a importância da APS.

Quando assumi a direção em 2007, tornei claro o meu compromisso em centrar a atenção da OMS nos cuidados de saúde primários. Mais importante do que a minha convicção pessoal, este compromisso reflete a ampla e crescente procura de cuidados de saúde primários, por parte dos Estados Membros. Por sua vez, esta procura revela, por parte dos legisladores, um apetite crescente pelo conhecimento sobre como os sistemas de saúde se podem tornar mais equitativos, inclusivos e justos. Também reflecte, de forma mais fundamental, uma mudança em direção à necessidade de um pensamento mais abrangente sobre o desempenho do sistema de saúde como um todo. Dra. Margaret Chan, Diretora-Geral da Organização Mundial de Saúde.

A Atenção Primária à Saúde, no Brasil também conhecida como Atenção Básica, dispõe de uma organização estratégica e uma reorganização dos sistemas de saúde. Desse modo, caracteriza o primeiro nível de atenção à saúde e a diferenciação da assistência ofertada por profissionais de saúde à comunidade. Segundo Oliveira e Pereira (2013), a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação são denominados os eixos estruturantes desse serviço. E os atributos derivados se direcionam a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Esses atributos essenciais estão presentes na Estratégia de Saúde da Família (ESF) através de serviços de

promoção, proteção e recuperação de saúde sob a ótica do indivíduo como um todo em uma assistência continuada favorecendo a criação de vínculo entre o profissional de saúde e a população assistida.

Dessa maneira, acerca dos eixos estruturantes, a atenção ao primeiro contato trás o conceito de acessibilidade e fonte primária de busca do usuário a um serviço de saúde, sendo assim a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro em caso proveniente de uma condição nova ou um caso novo de uma condição já existente de forma fácil e conveniente. No que tange a longitudinalidade, discute-se a assistência regular em um determinado local e/ou por um determinado profissional de saúde e a correlação dessa utilização de assistência ao longo do tempo de forma integral. Esse aspecto é importante para auxiliar o vínculo entre o profissional de saúde e o indivíduo assistido visando uma maior qualidade na assistência prestada reduzindo os encaminhamentos desnecessários para profissionais de saúde especializados e a realização de procedimentos de maior complexidade. Acerca da integralidade, este é um dos pilares do Sistema Único de Saúde (SUS) e possui quatro dimensões: A primeira dimensão reafirma o processo de promoção da saúde sob uma ótica ampla onde saúde não está restrito a ausência de doença e qualifica a atuação em seus determinantes condicionantes; A segunda dimensão assegura o acesso aos diversos serviços de saúde em seus vários níveis de complexidade e competências a fim de assistir o indivíduo em sua totalidade; A terceira dimensão aborda a integração dos serviços de saúde interligando as ações de promoção, prevenção e recuperação; E a quarta dimensão discorre sobre uma ação integral prestada a pessoa e a sua família, relacionada a maneira como o profissional de saúde lida com a demanda daqueles que buscam sua assistência. E no que diz respeito à coordenação, é um componente de articulação entre a pluralidade da assistência e promoção de saúde conciliando-as em prol de objetivo comum. Esse aspecto é altamente relevante pois atribui a potência e o sentido aos demais aspectos essenciais. (Oliveira; Pereira, 2013).

Observamos que automedicação é um dos problemas de maior complexidade em saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima

que pelo menos metade dos medicamentos seja prescrita ou vendida de forma inadequada e, destes, cerca de 50% são consumidos de forma imprópria. Medeiros *et al.* (2011) em estudo sobre os motivos que levaram as mães a administrarem medicações sem prescrição profissional a seus filhos enfatizam que:

[...] a automedicação é um hábito comum em nosso país e sempre foi um assunto muito discutido e controverso. Ela é definida como uma forma comum de autoatenção à saúde através do consumo de um produto com o objetivo de tratar ou aliviar sintomas ou doenças percebidas, ou mesmo de promover a saúde, independente da prescrição profissional [...].

A automedicação envolve o uso intermitente ou contínuo de medicamentos por parte do consumidor para tratar distúrbios ou sintomas autorreconhecidos sem prescrição médica. Na prática, isso também inclui o hábito de compartilhar os medicamentos com outros membros da família ou círculo social e utilizar sobras de prescrições, reutilizar antigas receitas e descumprir a prescrição profissional, prolongando ou interrompendo precocemente a dosagem e o período de tratamento indicados na receita. Destaca-se, ainda, que esta prática é influenciada por balconistas de farmácia, especialmente quando o tratamento envolve crianças e idosos. Preocupados com o uso inadequado de medicamentos, Goulart *et al.* (2012) afirmam que essa prática é favorecida por diversos fatores, a saber: a) livre comercialização de remédios sem o controle de prescrições; b) uso abusivo de medicamentos por conta própria; c) falha na fiscalização; d) incentivo à cultura da medicalização por parte dos fabricantes; e, e) impulso de alguns indivíduos em consumir medicamentos.

A prescrição medicamentosa segura e eficaz de qualquer substância farmacológica exige do profissional de saúde conhecimentos que envolvem principalmente: a) o reconhecimento das indicações terapêuticas, bem como das contraindicações relativas e absolutas; b) o estabelecimento da posologia apropriada (dosagem recomendada, via de administração e frequência de uso); c) a verificação das interações medicamentosas e incompatibilidade entre

medicações concomitantes; e, d) monitorização da resposta ao tratamento e de possíveis reações alérgicas, efeitos colaterais e adversos.

Quando os conhecimentos anteriormente citados não são respeitados, o uso inadequado dos fármacos pode ocasionar efeitos nocivos à saúde do indivíduo, principalmente nas crianças. Isto porque a população pediátrica possui metabolismo acelerado caracterizado pela rápida absorção e ação das medicações, podendo, então, provocar uma intoxicação. Em decorrência dos efeitos nocivos da automedicação sobre a saúde infantil, é comum a ocorrência de indução de resistência bacteriana e o mascaramento clínico de doenças. Contudo, diversas tentativas têm sido feitas para coibir esta prática, bem como promover o uso racional de medicamentos, mas sem grande sucesso. Há na verdade indícios que esta prática vem aumentando.

Alguns sintomas são considerados sinais de alerta para o surgimento de doenças, dentre os quais se destacam a febre e a dor. Por isso, é muito comum percebermos que a população em geral apresenta um estoque domiciliar de medicações para uso imediato nos casos de dor de cabeça, diarreia ou um simples resfriado. Apesar da inquestionável importância do atendimento médico, principalmente nos casos infecciosos, nem sempre a população procura os serviços de saúde para solicitar o fornecimento de medicamentos para alívio sintomático.

Por outro lado, no Brasil, a promoção do uso racional de medicamentos, conta com um marco oriundo da publicação da Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprovou a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esta Portaria passou a ser uma das diretrizes e prioridades dessa Política visando de certo modo à reorientação da assistência farmacêutica. Conceitualmente estabeleceu-se que o uso racional de medicamentos:

[...] é o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade [...].

Entretanto, a população infantil permanece vulnerável aos episódios de intoxicações exógenas em decorrência do acesso facilitado a produtos químicos, inclusive medicamentos. Um estudo realizado em 2008 evidenciou que 91,3% das famílias pesquisadas apresentavam estoque de medicamentos em casa, em locais de fácil acesso às crianças como, por exemplo, em gavetas sem chave, embaixo de camas ou de pias, nas caixas de papelão. Ou seja, em lugares que a criança não tem menor dificuldade para manipulá-los.

De acordo com Goulart *et al.* (2012), o SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas), descreveu que no período de 2000 a 2008 houve um aumento na taxa de intoxicação por medicamento, passando de 15% para 31%. Cerca de um terço dessas ocorreram entre menores de cinco anos, com taxa de letalidade de 7%. A automedicação é apontada como a principal causa dessas intoxicações, podendo acarretar, ainda, entre outros danos, o risco de dependência química e/ou psíquica.

Considerando o exposto, surgiu o interesse em realizar o presente estudo buscando responder às seguintes questões: Quais fatores estão associados à prática da automedicação na infância? Que evidências existem na literatura científica sobre a problemática da automedicação na infância no contexto da APS? Assim, os objetivos desta investigação foram: a) caracterizar a produção científica sobre a temática da automedicação na infância no contexto da Atenção Primária à Saúde no período de 1998 a 2019; b) analisar a produção científica encontrada buscando as lacunas na produção de conhecimento na temática estudada; e, c) discutir as implicações dos principais resultados evidenciados na produção científica à luz da Atenção Primária à Saúde.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica baseada na definição de Marconi e Lakatos (2005) que

[...] tem por objetivo estudar um foco ou um assunto, não apenas citando partes desses textos, repetindo o que já está escrito, mas

sim, conseguir ter uma visão crítica daquilo que está escrito, é uma atividade científica que ajuda a descobrir e entender a realidade [...].

A pesquisa foi elaborada a partir das seguintes etapas: a) escolha do tema e questões de pesquisa; b) definição dos objetivos; c) determinação dos critérios de inclusão e exclusão para a busca de estudos científicos; d) levantamento bibliográfico nas bases virtuais selecionadas; e) interpretação e análise dos dados encontrados; e, f) apresentação dos resultados. A Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foi eleita como ponto de partida para a busca de estudos científicos referentes à temática estudada. Através dessa base de dados, foi possível o acesso a outras bases. Destacam-se a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline) e a Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) selecionados foram “Automedicação”, “Criança” e “Atenção Primária à Saúde”, os quais foram cruzados entre si de modo a possibilitar um refinamento da busca, utilizando o operador booleano “and”.

A busca dos estudos científicos nas bases referidas acima foi realizada entre os meses de Maio e Agosto de 2020. Os critérios de inclusão de estudos estabelecidos para a revisão foram:

- Artigos científicos, teses, dissertações de mestrado, monografias e anais de congresso;
- Publicações com texto completo disponível nas bases de dados consultadas;
- Publicações nos idiomas português, inglês e espanhol;
- Limitado em Humanos;
- Publicações dos últimos vinte e um anos, a partir do marco da Política Nacional de Medicamentos, perfazendo o período compreendido entre 1998 e 2019.

Foram estabelecidas nos critérios de exclusão as seguintes produções intelectuais: notas prévias, relatórios parciais (pesquisas em andamento),

entrevistas, resenhas, artigos de opinião, conferências e manuais.

Na primeira busca, foi utilizado isoladamente o descritor “Automedicação”, resultando em 1.344 publicações. Para a segunda busca, utilizando o descritor “Criança” foram localizadas 491.226 publicações. Na terceira busca, utilizando o descritor “Atenção Primária à Saúde” foram encontradas 40.033 publicações. Na quarta busca, utilizando o descritor “Automedicação” associado respectivamente ao termo “Criança”, foram localizadas 109 publicações. Na quinta busca utilizando o descritor “Automedicação” associado ao termo “Atenção Primária à Saúde” não foi identificada nenhuma publicação. Na sexta busca utilizando o descritor “Criança” associado ao termo “Atenção Primária à Saúde”, não foi localizada nenhuma publicação. Na sétima busca utilizando o descritor “Automedicação” associado aos termos “Criança” e “Atenção Primária à Saúde”, não foi localizada nenhuma publicação, conforme demonstrado no Quadro I. É importante ressaltar que as buscas foram feitas por dois revisores independentes em momentos diferentes, que aplicaram os mesmos critérios, obtendo os mesmos resultados.

Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, das 109 produções encontradas foram excluídas 81, por não atenderem aos parâmetros previamente estabelecidos, 7 artigos eram pagos, 4 repetidos e 1 indisponível no site. Com isso, restaram 16 artigos como amostra final para interpretação e análise. Este material passou então por uma leitura flutuante exploratória para verificação de sua adequação ao alcance dos objetivos propostos pela presente investigação. Em seguida foi realizada a leitura crítica do mesmo material buscando a contribuição analítica do texto para a pesquisa em tela.

Para possibilitar a interpretação do material encontrado, as referências selecionadas foram organizadas, em um quadro sinóptico, de acordo com as seguintes informações: título do artigo, idioma, autor, titulação e área de conhecimento, ano, periódico de publicação, objetivos, metodologia e resultados (Quadro II). Em seguida, os dados foram analisados descritivamente sem desconsiderar alguns aspectos quantitativos, quando disponíveis, e discutidos à luz da bibliografia pertinente. Por se tratar de pesquisa bibliográfica não

foi necessária a submissão em Comitê de Ética. Não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Quadro 1. Quadro demonstrativo da estratégia de busca nas bases de dados por palavras indutoras

Busca	Estrutura	Sintaxe de busca	Resultado
#1	“Automedicação” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(automedicação) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	1.344
#2	“Criança” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(criança) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “es” OR “pt”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	491.226
#3	“Atenção Primária à saúde” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(atenção primária à saúde) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	0
#1 AND #2	“Automedicação” AND “Crianças” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(automedicação) AND (crianças) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	109
#1 AND #3	“Automedicação” AND “Atenção Primária à Saúde” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(automedicação) AND (atenção primária à saúde) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	0
#2 AND #3	“Crianças” AND “Atenção Primária à Saúde” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(criança) AND (atenção primária à saúde) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	0
#1 AND #2 AND #3	“Automedicação” AND “Crianças” AND “Atenção Primária à Saúde” Filtros: Lilacs, Medline, BDENF, humanos, português, inglês e espanhol, 1998 a 2019	(automedicação) AND (criança) AND (atenção primária à saúde) AND db:(“LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en”) AND limit:(“humans”) AND (year_cluster:[1998 TO 2019])	0

Fonte: Elaborado pelos autores.

Resultados e discussão

Foi analisado o conteúdo dos dezesseis artigos científicos que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos previamente. Para facilitar a interpretação e apresentação dos resultados, elaborou-se o Quadro II contendo os seguintes dados: título, idioma, autor, titulação e área de conhecimento, ano, periódico de publicação, objetivos da pesquisa, aspectos metodológicos e principais resultados de cada estudo. Os dezesseis artigos analisados foram publicados entre os anos de 2006 a 2019, sendo uma publicação disponível de modo bilíngue (Inglês e Português), um em espanhol, seis no idioma inglês, oito no português. Com relação ao periódico de publicação, destacou-se o “Jornal de Pediatria” (J Pediatr) com a publicação de três artigos referentes à temática da automedicação na infância.

Em relação à autoria, destacaram-se artigos publicados por dois ou mais autores. Nos artigos que explicitaram a titulação dos autores, percebe-se que a maioria é constituída por doutores (doze) e mestres (sete). No tocante às áreas de conhecimento por titulação, conforme preconizado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) destacam-se: as Ciências da Saúde, particularmente a Epidemiologia e as Ciências Biológicas, principalmente a Farmácia. Porém vemos um crescente interesse da Enfermagem no tema, desconstruindo então a visão epidemiológica da temática. Esse progresso visa ampliar o enfoque da automedicação na infância permitindo a minimização dessas lacunas mediante a aproximação do objeto de estudo com a perspectiva intersubjetiva, holística, integral e multidimensional que permeia a problemática em tela. Refletindo acerca da escassez de artigos publicados nessa temática, vale ressaltar a imperiosa realização de novas pesquisas, na medida em que a automedicação se constitui como um problema de saúde pública em todo o mundo.

Dentre os artigos selecionados, os principais objetivos identificados foram determinar a prevalência da automedicação sem prescrição médica na infância, destacando o tipo de medicamento mais utilizado. Por meio

desses objetivos, os autores também enfocaram o estoque domiciliar de medicamentos, o modo de uso dos medicamentos e os mediadores desta ação. Um grande entrave encontrado na pesquisa é a falta de uso do Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) “Atenção Primária à Saúde”, apesar de existirem artigos com esse tema, o descritor não foi aplicado a esses artigos.

Quadro 2. Características dos artigos publicados sobre a temática da problemática da automedicação na infância

Título/Idioma	Autor/Titulação	Ano	Revista	Objetivos	Metodologia	Resultado
“Automedicação em crianças com Rinofaringite Aguda” (português)	Autores: Ana Carolina Lobor Cancelier; Tarso K. Kubo; Felipe Dal Pizzol Titulação: 1 doutor, 1 mestre e 1 estudante de graduação em medicina. Área: Ciências da Saúde e Ciências Biológicas.	2006	ACM	Determinar a prevalência do uso de medicamentos sem prescrição médica pelos responsáveis de crianças menores de 12 anos nos quadros de rinofaringite aguda, o tipo de medicamento mais utilizado e o responsável por sua indicação.	Estudo observacional com delineamento transversal com abordagem quantitativa, realizado com mães de crianças menores de 12 anos atendidas no Ambulatório Materno-Infantil. Utilizou-se um questionário para a coleta de dados.	Cerca de 74% praticaram a automedicação, sendo que 58,9% faziam uso dos analgésicos e antitérmicos. Em média, 42% utilizavam conhecimentos adquiridos em consultas médicas anteriores. Em 32,4% dos casos, os farmacêuticos, familiares ou conhecidos indicam medicamentos.

<p>“Uso de medicamentos em crianças de zero a seis anos matriculadas em creches de Tubarão, Santa Catarina” (português)</p>	<p>Autores: Diélly Cunha de Carvalho; Fabiana Schuelter Treviso; Bruno Thizon Menegali; Daisson José Trevisol.</p> <p>Titulação: 2 Mestres em Saúde Coletiva, 1 Profissional Educação Física, 1 Acadêmica de Medicina.</p>	<p>2008</p>	<p>Revista Paulista de Pediatria</p>	<p>Identificar o padrão de utilização de medicamentos, nos últimos seis meses, em crianças entre zero e seis anos, em quatro creches de Tubarão, Santa Catarina, no ano de 2007.</p>	<p>Estudo transversal realizado por meio de questionário semiestruturado, aplicado aos pais ou responsáveis pelas 413 crianças incluídas na pesquisa, após consentimento informado. Foram coletados dados sobre utilização de medicamentos e informações de saúde. A análise estatística foi feita com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences 15.0.</p>	<p>A média de idade das crianças foi $3,7 \pm 1,3$ anos, sendo 195 (47%) meninas e 218 (53%) meninos. Dentre os adultos que responderam ao questionário, 75% eram mães e 43% tinham oito anos de estudo. Diante de situação de doença, 47% forneciam os medicamentos que tinham em casa. Das crianças pesquisadas, 82 (20%) apresentavam doença crônica e 75 (18%) portavam doença aguda no momento da pesquisa. Houve histórico de reações adversas aos medicamentos em 82 (20%) crianças, sendo a mais frequente a alergia. A classe de medicamentos mais utilizada foi a dos analgésicos e antitérmicos (45%) e o motivo de uso principal foi febre (32%).</p>
---	--	-------------	--------------------------------------	--	--	--

<p>“Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes” (português)</p>	<p>Autores: Francis S. V. Tourinho; Fábio Bucarechi; Celso Stephan; Ricardo Cordeiro</p> <p>Titulação: 3 Doutores, 1 Professor Associado.</p>	<p>2008</p>	<p>Jornal de Pediatria</p>	<p>Investigar o conteúdo de baús de remédios caseiros e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes nos municípios de Limeira e Piracicaba, SP, Brasil.</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo populacional baseado em uma pesquisa domiciliar de uma amostra aleatória simples de ambas as cidades, composta por 705 domicílios de setores censitários selecionados por amostragem por conglomerado.</p>	<p>Foram encontrados 3.619 medicamentos (média = 5,1 / domicílio; 79,6% eram medicamentos). Os quartos mais utilizados para armazenar medicamentos foram quartos (47,5%), cozinhas (29,9%) e banheiros (14,6%); 76,5% estavam em caixas de papelão e ao alcance de 142 crianças com idade ≤ 6 anos. Tomando as preparações farmacêuticas isoladas (n = 2.891), as mais comuns foram analgésicos / antipiréticos (26,8%) e antibióticos sistêmicos (15,3%), e o grupo de automedicação teve estoques significativamente maiores dessas medicações (p <0,01). Armazenar medicamentos no banheiro (odds ratio = 1,59) e responsáveis legais com ≤ 4 anos de educação primária (odds ratio = 2,40) indicou maior risco de automedicação.</p>
---	---	-------------	----------------------------	--	--	---

<p>“Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS)”</p> <p>(inglês)</p>	<p>Autores: Yong Du e Hildtraud Knopf</p> <p>Titulação: 2 Doutores.</p>	<p>2009</p>	<p>Br J Clin Pharmacol</p>	<p>Investigar a prevalência e relatos da automedicação entre crianças não-institucionalizadas na Alemanha, com foco na automedicação pediátrica que são frequentemente usados.</p>	<p>Estudo descritivo por amostragem com abordagem quantitativa, envolvendo crianças e adolescentes entre 0-17 anos que viviam na Alemanha. Utilizaram-se questionários completados pelos pais, e um questionário paralelo preenchido por crianças > 11 anos.</p>	<p>A automedicação está mais evidenciada em adolescentes de 14 a 17 anos, crianças com mau estado de saúde, de famílias de renda familiar mais elevada e com mães com nível de escolaridade mais elevado.</p>
--	---	-------------	----------------------------	--	---	---

<p>“Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis” (português)</p>	<p>Autores: Gabriela Colonetti Beckhauser; Juliana Medeiros de Souza; Cleudson Valgas; Anna Paula Piovezan; Dayani Galato.</p> <p>Titulação: 2 Doutoras, 1 Mestre, 2 Graduadas.</p>	<p>2010</p>	<p>Revista Paulista de Pediatria</p>	<p>Conhecer a automedicação em crianças moradoras de uma cidade da região Sul do Brasil.</p>	<p>Estudo transversal com amostra selecionada por sorteio, inicialmente identificando as equipes de Estratégia Saúde da Família e, posteriormente, as residências que seriam visitadas. Foi adotado, para a entrevista com o responsável pelas crianças, um questionário para avaliar o perfil da criança, da família e da prática da automedicação. Para apresentação dos dados, adotou-se a estatística descritiva e o teste do qui-quadrado ($p < 0,05$).</p>	<p>Entrevistaram-se os responsáveis pelas crianças em 83 domicílios. Foram coletadas informações de 121 crianças (seis meses a 14 anos). Dos entrevistados, 75% afirmaram já ter praticado a automedicação, sendo as mães responsáveis por 95% desses casos. Quanto às situações que motivaram a automedicação, praticidade (88%), febre (58%) e dor (12%) foram as mais relatadas. O paracetamol (45%) e a dipirona (15%) foram os fármacos mais utilizados. A análise estatística evidenciou associação entre a reutilização de antigas prescrições e a idade da criança inferior a sete anos, bem como entre a utilização de medicamentos sem prescrição de profissional habilitado e morar em domicílios com mais de quatro pessoas.</p>
--	--	-------------	--------------------------------------	--	--	--

<p>“Vigilância em saúde na enfermagem: o caso das medicações sem prescrição em crianças” (português)</p>	<p>Autores: Renata Araújo de Medeiros; Vioska Gomes Pereira; Soraya Maria de Medeiros.</p> <p>Titulação: 1 Doutora, 2 Enfermeiras</p>	<p>2010</p>	<p>Escola Anna Nery</p>	<p>Descrever os motivos que levaram as mães a administrarem medicações sem prescrição profissional a seus filhos.</p>	<p>Foram entrevistadas 20 mães de crianças menores de 10 anos cadastradas no programa de Crescimento e Desenvolvimento da Unidade de Saúde da Família do município de Passagem, interior do Rio Grande do Norte.</p>	<p>Entre as 20 mães entrevistadas, 30% automedicaram seus filhos com antipirético, 50% automedicaram devido à febre, 43% foram motivadas pela experiência anterior e 90% não relataram efeitos adversos. A automedicação na população infantil reforça a necessidade de um melhor esclarecimento às mães sobre os riscos da automedicação.</p>
--	---	-------------	-------------------------	---	--	--

<p>“Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados” (português)</p>	<p>Autores:Ivana da Cruz Goulart; Juraci Almeida CesarI; David Alejandro Gonzalez-ChicaII; Nelson Arns NeumannIII</p> <p>Titulação: Sem especificação da titulação.</p>	<p>2012</p>	<p>A Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</p>	<p>Medir a prevalência e identificar fatores associados à automedicação em crianças menores de cinco anos nos municípios de Caracol no Estado do Piauí, e Garrafão do Norte no Pará.</p>	<p>Utilizando-se de delineamento transversal, amostragem sistemática e utilização de questionário padrão por meio de visita domiciliar, foram investigadas diversas características das mães, das famílias e das crianças. Utilizou-se teste do qui-quadrado para comparar proporções e regressão de Poisson com ajuste robusto da variância na análise multivariável.</p>	<p>dentre as 590 crianças estudadas em Caracol e 1081 em Garrafão, 30% e 25% haviam sido automedicadas nos últimos 15 dias, respectivamente. Após análise ajustada para diversas variáveis confundidoras, o fato de não conseguir atendimento para o filho doente nos últimos 15 dias nos dois municípios, assim como de residir há mais de 1 km dos serviços de saúde em Caracol e de a mãe exercer trabalho remunerado nos últimos 12 meses em Garrafão mostraram-se significativamente associadas à automedicação entre menores de cinco anos.</p>
---	---	-------------	---	--	--	---

<p>“Association between parental attitudes and self-medication of their children”</p> <p>(inglês)</p>	<p>Autores: Sanna Siponen; Riitta Ahonen; Vesa Kiviniemi; Katri Hämeen-Anttila</p> <p>Titulação: Sem especificação da titulação.</p>	<p>2012</p>	<p>International Journal of Clinical Pharmacy</p>	<p>Identificar como as atitudes dos pais em relação aos medicamentos estão associadas à forma como eles medicam seus filhos com automedicação, incluindo o uso de medicamentos de venda livre (OTC) e medicamentos complementares e alternativos (CAMs)</p>	<p>Um questionário foi enviado aos pais, e os pais que geralmente assumem a responsabilidade pela medicação da criança foram instruídos a responder ao questionário.</p>	<p>O uso de medicamentos complementares e alternativos foi menos provável entre as crianças cujos pais tinham uma visão positiva dos medicamentos prescritos. Por outro lado, uma atitude positiva em relação aos medicamentos sem receita médica por parte dos pais foi associada ao uso de medicamentos sem receita e ao uso de medicamentos complementares e alternativos entre crianças, enquanto a preocupação dos pais com os riscos dos medicamentos previu o uso de medicamentos complementares e alternativos entre crianças.</p>
<p>“Automedicação em crianças de zero a cinco anos: fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas”</p> <p>(português)</p>	<p>Autores: Paulo Celso Prado Telles Filho; Assis do Carmo Pereira Júnior</p> <p>Titulação: 1 Doutor em Enfermagem fundamental 1 Enfermeiro Especialista em Saúde Coletiva.</p>	<p>2013</p>	<p>Escola Anna Nery</p>	<p>Análise dos fármacos administrados, conhecimentos, motivos e justificativas dos pais e/ou responsáveis em relação à automedicação em crianças.</p>	<p>Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido em uma Estratégia de Saúde da Família de um município do interior do estado de Minas Gerais, do qual fizeram parte pais e/ou responsáveis pelas crianças em faixa etária de zero a cinco anos, no período de um mês, atingindo o quantitativo de 50 indivíduos.</p>	<p>Destacaram-se a autoadministração dos fármacos Dipirona, Paracetamol e xaropes expectorantes. Foram registrados os conhecimentos errôneos 32(64%), seguidos dos parciais 11(22%) e corretos 7(14%).</p>

<p>“Medication use among children 0-14 years old: population baseline study / Uso de medicamentos entre crianças de 0-14 anos: estudo de base populacional”</p>	<p>Autores: Maria J.B. Cruz; Lays F.N. Dourado; Emerson C. Bodevan; Renata A. Andrade; Delba F. Santos.</p>	<p>2014</p>	<p>Jornal de Pediatria</p>	<p>Determinar a prevalência do consumo de medicamento em crianças e adolescentes de 20 municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais-Brasil, mostrando os principais grupos e variáveis que possam ter influenciado o uso.</p>	<p>Estudo descritivo tipo inquérito populacional domiciliar, amostra constituída por 555 entrevistas selecionadas de maneira aleatória simples por meio de amostragem por conglomerado de 137 setores censitários. Os critérios de inclusão foram idade ≤14 anos, entrevista obrigatória com os responsáveis legais, independente de terem consumido medicamento. Quanto ao padrão de uso os participantes foram divididos em dois grupos consomem e não consomem medicamentos. Realizada análise descritiva das variáveis e aplicados testes de associação.</p>	<p>A prevalência de consumo de medicamentos foi 56,57% e o não consumo 42,43%. O uso de plantas medicinais foi de 72,9% para o consumo de medicamento e 74,3% para o não consumo. As situações de saúde para o consumo foram tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou broncoespasmo (49,7%); febre (5,4%); cefaléia (5,4%); diarreia, “má digestão” e cólica abdominal (6,7%). Na automedicação, 30,57% dos medicamentos foram indicados pela mãe, e 69,42% de prescrições médicas. Destaca-se o uso de paracetamol (30,2%), dipirona (20,8%) e antigripais (18,8%). E um maior uso de analgésicos/antipiréticos, seguido do aparelho respiratório, antibióticos sistêmicos, antagonistas H1 da histamina e vitaminas/antianêmicos.</p>
<p>(Bilíngue - inglês e português)</p>	<p>Titulação: Sem especificação da titulação.</p>					

<p>“Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study”</p> <p>(inglês)</p>	<p>Autores: Miao Yu; Genming Zhao; Cecilia Stålsby Lundborg; Yipin Zhu; Qi Zhao; Biao Xu.</p> <p>Titulação: Sem especificação da titulação</p>	<p>2014</p>	<p>BMC Infectious Diseases</p>	<p>Investigar as percepções dos pais sobre o uso de antibióticos por seus filhos, as interações entre pais e médicos em relação ao tratamento com antibióticos e os fatores associados aos pais que automedicam os filhos com antibióticos.</p>	<p>Um estudo transversal foi realizado em clínicas de vacinação em dois municípios rurais da China. Os cuidadores primários (os pais da criança em 97% dos casos) que visitam essas clínicas para a vacinação de seus filhos pequenos receberam um questionário estruturado de 55 itens para coletar informações sobre os conhecimentos e atitudes dos pais em relação a quando, por que e como usar antibióticos. e em suas práticas de compra de antibióticos e medicamentos para crianças.</p>	<p>Dos 854 cuidadores participantes, 79% pensaram que os antibióticos poderiam curar infecções virais e metade acreditava que os antibióticos poderiam reduzir a duração da infecção do trato respiratório superior. Os pais relataram uma mediana de duas visitas ao hospital para seus filhos durante os seis meses anteriores, igual ao número mediano de prescrições de antibióticos recebidas dos médicos. Sessenta e dois por cento dos pais automedicaram seus filhos com antibióticos. Vivendo em aldeias rurais (Ajuste OR = 1,664, IC 95%: 1,108–2,436), criando mais de uma criança (Ajuste Ajustado = 2,174, IC 95%: 1,485–3,183), aumentando a idade da criança (Ajuste Ajustado = 1,146, 95 % IC: 1,037-1,266), compra de antibióticos sem receita médica (Adj OR = 6,264, IC 95%: 4,144–9,469), armazenamento de antibióticos em casa (Adj OR = 2,792, IC 95%: 1,961–3,975) e boa adesão a conselho dos médicos.</p>
---	--	-------------	--------------------------------	---	---	---

<p>“Self-medication in Children and Young Patients at University Dental Service”</p> <p>(inglês)</p>	<p>Autores: Bruna Roese de Lima; Maria Beatriz Cardoso Ferreira; Luciano Casagrande.</p> <p>Sem especificação da titulação.</p>	2016	<p>Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada</p>	<p>Analisar o padrão de automedicação em casos de infecção dentária por crianças e pré-adolescentes na University Dental Service.</p>	<p>Realizaram uma entrevista estruturada com os pais / cuidadores dos pacientes. A pesquisa consistiu em dezessete perguntas sobre episódios de infecção dentária experimentados pelas crianças durante a vida e qual medicação foi usada, bem como informações sobre características demográficas do paciente e pais / cuidadores.</p>	<p>Foram analisados 150 questionários. Nos episódios de infecção dentária, os medicamentos mais comuns foram amoxicilina (34,8%) e acetaminofeno (32,6%). A prática de automedicação foi observada em 21,7% dos casos. Não houve associação entre a automedicação e as variáveis idade da criança, idade da mãe e nível de escolaridade da mãe ($P > 0,05$; teste do qui-quadrado).</p>
<p>“Automedicación, autoprescripción y medicación «por poderes» en pediatria Self-medication, self-prescription and medicating «by proxy» in paediatrics”</p> <p>(espanhol)</p>	<p>Autores: Maria Valenzuela Ortiz; Francisco Javier Sánchez Ruiz-Cabello; José Uberos; Ana Fátima Checa Ros; Cristina Valenzuela Ortiz; María Carmen; Agustín Morales; Antonio Muñoz Hoyosf.</p> <p>Titulação: Sem especificação da titulação.</p>	2017	<p>An Pediatr (Barc)</p>	<p>Analisa a situação nos parece de importância vital, um problema de conexão condicionada, percepções e realidades relacionadas a esta problemática.</p>	<p>Usando um estudo observacional prospectivo condicionantes maternos e familiares relacionados com a autoria e medicação «por poderes» na pediatria.</p>	<p>Existe uma associação significativa entre a automedicação e o nível de escolaridade materna, o número de filhos, a ordem que ocupa entre os irmãos. Nem a idade materna nem o nível sócio-laboral da família estão relacionados ao problema. Os medicamentos mais frequentemente utilizados incluem antipiréticos e “anti-resfriados”, geralmente como monoterapia.</p>

<p>“A prática da automedicação em crianças por seus pais: atuação da enfermagem”</p> <p>(português)</p>	<p>Autores: Jéssica Gama da Silva; Giovana Calcagno Gomes; Aline Rodrigues Costa; Lais Farias Juliano; Caroline Passos Arruda; Lorrane Nogueira de Carvalho</p> <p>Titulação: 1 Doutor, 2 Mestres, 3 Graduandos.</p>	<p>2018</p>	<p>Revista de Enfermagem UFPE</p>	<p>Conhecer como se dá a prática da automedicação em crianças por seus pais.</p>	<p>Estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, desenvolvido com 17 familiares cuidadores de crianças internadas em um hospital do Sul do Brasil. Os dados foram coletados em 2016 por meio de entrevistas e analisados pela Análise de Conteúdo.</p>	<p>A automedicação ocorreu nos casos de febre, dor e cólica; os medicamentos mais utilizados foram analgésicos, antitérmicos, além de remédios para cólica, trato respiratório e plantas medicinais; visavam a amenizar os sintomas; referiram dificuldade de locomoção até um atendimento de saúde, indicação de familiares, farmacêuticos e pediatras em consulta anterior.</p>
<p>“Characterization of pharmaceutical medication without a medical prescription in children before hospitalization in a resource-limited setting, Cameroon”</p> <p>(inglês)</p>	<p>Autores: Calixte Ida Penda; Carole Eboumbou Moukoko; Julien Franck Ngomba Youmba; Emmanuel Mpondo Mpondo</p> <p>Titulação: Sem especificação da titulação.</p>	<p>2018</p>	<p>The Pan African Medical Journal</p>	<p>Caracterizar o uso de medicamentos sem receita médica e descrever os itinerários terapêuticos de crianças doentes antes da internação no hospital.</p>	<p>Realizado um estudo transversal e prospectivo de janeiro a maio de 2017. Um questionário fechado (CEQ), composto por uma ou várias opções de resposta, foi aplicado aos pais / responsáveis pelas crianças na admissão no hospital em pediatria, enfermaria do Hospital Laquintinie em Douala (LHD) e do Hospital Distrital Cit des Palmiers (CPDH) da cidade de Douala.</p>	<p>295 crianças hospitalizadas foram incluídas com uma idade média de 3,1 (DP: 3,3) anos no estudo. Os medicamentos mais utilizados foram analgésicos / antipiréticos (47,6%), antimaláricos (15,0%) e antibióticos (10,2%) e a caixa de medicamentos da família foi a maior fonte de medicamentos.</p>

<p>“Self-Medication for Toothache and its Associated Factors in Children and Adolescents” (inglês)</p>	<p>Autores: Marcília Ribeiro Paulino; Marayza Alves Clementino; Hellen Bandeira de Pontes Santos; Mara Ilka Holanda de Medeiros Batista; Alessandra Albuquerque Tavares Carvalho; Cassiano Francisco Weege Nonaka; Simone Alves de Sousa. Titulação: 5 Graduandos, 2 Professores (Titulação não definida)</p>	<p>2019</p>	<p>Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada</p>	<p>Avaliar a automedicação para dor de dente e seus fatores associados em crianças e adolescentes.</p>	<p>Foi realizado um estudo transversal com 252 crianças / adolescentes de 6 a 16 anos. Foi aplicado um questionário com questões relacionadas à características demográficas e socioeconômicas; experiência e automedicação para dor de dente; bem como aspectos relacionados à condição. Análises estatísticas descritivas e inferenciais</p>	<p>A prevalência de dor de dente foi de 41,7%. Em 96 casos analisados, houve prevalência de 69,8% de automedicação para dor de dente. Não houve associações estatisticamente significantes entre automedicação para dor de dente e variáveis relacionadas às crianças / adolescentes.</p>
---	--	-------------	---	--	--	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

No que diz respeito aos aspectos metodológicos, observou-se majoritariamente artigos com abordagem quantitativa, com desenho epidemiológico descritivo do tipo observacional (onze artigos). Em sua maioria empregou-se o uso de um questionário para se analisar a população adscrita da região, em um modelo estruturado ou semi-estruturado, com uma análise quantitativa e observacional dos dados. A leitura crítica dos artigos selecionados demonstrou que a abordagem quantitativa foi adequadamente alinhada aos objetos de estudo permitindo o alcance dos objetivos propostos. Ademais, a pesquisa quantitativa visa a “tradução” estatística dos dados coletados, auxiliando no planejamento de ações coletivas e possibilitando maior generalização dos resultados, primordialmente quando a amostra representa com fidelidade a população estudada, com isso foi elaborado uma nuvem de palavras, utilizando do software Wordclouds®.

Figura 1.

Fácil acesso Acidentes
Família Mãe
Fitoterápicos Irmãos
Comercialização sem receitas
Fármacia Caseira
Resistencia Bacteriana
Antitérmico
Receita familiar
Uso abusivo

Fonte: imagem criada pelos autores.

Em relação ao tipo de estudo apresentado nos artigos, o delineamento observacional é pertinente, pois evidencia os efeitos adversos raros ou tardios potencialmente associados a determinados tratamentos. Sendo assim, esse tipo de estudo epidemiológico tem sua relevância nas pesquisas que envolve a temática da automedicação, uma vez que pormenoriza com precisão os alcances na prática clínica cotidiana. De igual forma, os estudos descritivos são apropriados, já que buscam “conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto do indivíduo tomado isoladamente como de grupos e comunidades mais complexas”. Diante do exposto, considera-se adequada a escolha dos formatos observacionais e descritivos para o alcance dos objetivos estabelecidos nos artigos. Os estudos qualitativos, por vislumbrarem as raízes da prática social e os fatores motivadores, favorecem o entendimento de outros condicionantes que interferem na prática da automedicação. Isto certamente contribuiria para o avanço nas investigações desta prática na população infantil. Os estudos foram realizados com crianças e adolescentes, tendo a mãe como a principal informante. Para a coleta de dados, os pesquisadores utilizaram questionários estruturados aplicados aos

responsáveis dos sujeitos do estudo com o intuito de adquirir informações da mãe, da criança e da família. Tais conhecimentos tornaram-se relevantes para traçar o perfil com maior prevalência das práticas de automedicação.

Entretanto, percebe-se a presença de apenas um artigo com abordagem qualitativa que “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes [...]”. Tal enfoque significa, num contexto *Lato sensu*, avançar para uma perspectiva mais profunda “[...] das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis [...]”. Isso demonstra uma lacuna quanto à discussão de aspectos biopsicossociais relacionados à automedicação, favorecendo o paradigma biomédico, hospitalocêntrico e centralizado na ótica da doença. A análise dos artigos acerca dos resultados comprova a elevada prevalência da prática da automedicação na população estudada, com destaque para o uso indevido de analgésicos e antitérmicos tais como o Paracetamol, Dipirona, entre outros em casos de febre e dor. São explicitadas ainda a praticidade no uso de medicamentos por conta própria e a grande facilidade do seu acesso às farmácias. Além disso, um artigo discutiu as implicações do uso de antimicrobianos sem prescrição médica. Nesse sentido, buscando minimizar a emergência de microrganismos resistentes a diversos antimicrobianos foi editada pela Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a Resolução – RDC N° 44, de 26 de outubro de 2010, que dispõe sobre o controle prescricional de antimicrobianos.

Ademais, o mesmo artigo aponta a importância da prescrição medicamentosa, ao mesmo tempo em que discorre sobre os principais indutores da prática de automedicação. Nesse contexto, destacam-se as mães, familiares ou conhecidos, balconistas de farmácia, ou até mesmo as informações obtidas a partir de consultas médicas anteriores. Definimos tais condutas como “prescrição cruzada”, um termo ao qual nós autores ousamos criar para caracterizá-las, pois consiste na indicação, por indivíduo leigo, de medicamentos para outras pessoas, baseando-se apenas em prescrições médicas obtidas anteriormente. Outro aspecto relevante é que a prática da automedicação pode ser mais frequente nas famílias com melhores condições

socioeconômicas. Acredita-se que esta evidência, registrada em um artigo, decorre do elevado nível de escolaridade dessas famílias, gerando em função do maior conhecimento, mais autonomia para abordar as necessidades dos seus filhos. Além disso, vale ressaltar que as melhores condições financeiras potencializam o acesso aos medicamentos, possibilitando o consumo dos mesmos muitas vezes sem a devida prescrição profissional.

Dois estudos enfatizaram o estoque domiciliar de medicamentos, que são constituídos por medicamentos obtidos sem as devidas prescrições médicas, aqueles isentos de prescrições, ou aqueles que sobram de tratamentos anteriores. Sob esse prisma convém salientar que o estoque domiciliar promove a facilidade de acesso aos medicamentos sem orientações necessárias. Além disso, surgem problemas oriundos do armazenamento incorreto. Isto porque segundo esses artigos, os participantes das pesquisas muitas vezes descumpriam as recomendações de armazenamento que preconizam a conservação de medicamentos em locais arejados, de preferência sem exposição à luz, calor ou umidade.

A embalagem original deve ser preservada com a identificação do nome comercial, ou genérico ou do princípio ativo do fármaco. Deve ser dada ainda atenção especial à data de validade e ao lote de fabricação. Como foi descrito nestes estudos, os principais cômodos de estoque utilizados incluem: dormitórios, cozinha, banheiros, caixas de papelão e locais de fácil alcance às crianças com idade ≤ 6 anos. Em consequência disso, intensificam-se os casos de intoxicações medicamentosas. Os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas analisados por Mastroianni *et al.* demonstram que “[...] os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996, sendo que em 2009 foram responsáveis por 26,44% de um total de 100.391 casos registrados [...]”.

Outra lacuna encontrada nos artigos pesquisados foi a dificuldade de acesso da população aos serviços de saúde. Isto porque o nosso sistema público de saúde parece ser pouco eficiente na organização da atenção básica para garantir universalmente os serviços voltados para a promoção da saúde. Em contrapartida, a única saída da população acaba sendo, não raramente,

a obtenção de estoque farmacológico, a automedicação e até mesmo o emprego de substâncias alternativas, tais como: remédios caseiros, infusões preparadas em casa e medicamentos fitoterápicos. No que tange as ervas medicinais, o decreto Nº 5.813, de 22 de junho de 2006, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápico, que tem como objetivos: a) Inserir plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à Fitoterapia no SUS, com segurança, eficácia e qualidade, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS; e b) Promover e reconhecer as práticas populares e tradicionais de uso de plantas medicinais e remédios caseiros. Segundo Paixão (2016), vemos que 51,7% das plantas analisadas no estudo, podem apresentar interações medicamentosas, o que torna o seu uso preocupante quando usado de forma abusiva. Isso serve de alerta para os profissionais de saúde e para a população brasileira na utilização consciente de plantas medicinais.

No que diz respeito a influência das mídias na prática da automedicação, o contexto de vida da população brasileira deve ser analisado em diversos segmentos sociais. A mídia televisiva parece incentivar a prática da automedicação através de informes publicitários (de comerciais de medicamentos) que utilizam o seguinte bordão “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”. Ao adotar esse discurso, a indústria farmacêutica retira de si a responsabilidade em casos de complicações decorrentes do mau uso da medicação. Desse modo, o profissional da saúde entra como um recurso de última instância implicando na lentificação da assistência em saúde, uma vez que os sintomas se encontram mascarados resultando na dificuldade em identificar um tratamento adequado.

Segundo Pachelli (2003), Monteiro Lobato ao utilizar um discurso de apoio ao medicamento Biotônico Fontoura nas histórias de Jeca Tatu e que posteriormente estará presente nos comerciais de outras marcas de remédios, acaba por reforçar a prática da automedicação, fortalecendo a demanda ao medicamento. Com a utilização de artistas famosos em sua comunicação, os quais associam sua imagem às marcas que anunciam e, lançando mão do carisma e

credibilidade junto ao público, recomendando o consumo dos medicamentos onde a maioria desses é de livre acesso e de comercialização facilitada em farmácias e drogarias contribuindo para a farmácia domiciliar.

Diante de tudo isso, percebe-se a necessidade de intenso investimento em educação permanente, visando a sensibilização, particularmente dos enfermeiros, para a disseminação da orientação medicamentosa para a população, nos diversos cenários de atuação (Unidade Básica de Saúde, maternidade ou hospital). Isto porque cabe a esses profissionais, não somente orientar os usuários acerca da posologia, mas principalmente desenvolver estratégias dialógicas para esclarecer a população, no que diz respeito à prática do cuidado medicamentoso de forma integral. Sob esse prisma, a consulta do profissional de saúde se configura como instrumento privilegiado para a implementação de ações de educação em saúde visando à promoção da qualidade de vida da população, em especial a infantil, tendo em vista suas especificidades. Sendo assim, a equipe de saúde deve esclarecer a população quanto à problemática da automedicação, na infância, fortalecendo a partir daí a autonomia, a participação social e a adoção de escolhas conscientes.

Apesar dos excelentes resultados expressos nos artigos investigados convém lembrar que a temática sobre a prática de automedicação infantil ainda é pouco explorada na literatura científica nacional e internacional. Com isso, é pertinente à execução de novos estudos a fim de conhecer, discutir e analisar as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros com relação à promoção do uso racional dos medicamentos e a melhoria do estado de saúde da população. Nota-se a ausência de artigos referentes à prevenção da automedicação na Atenção Primária à Saúde ocasionando uma lacuna preocupante, visto que a APS é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde. Com essa janela, a assistência primária se vê desassistida quanto a essa temática refletindo na ineficácia das práticas de promoção da saúde desenvolvidas para a comunidade assistida. Diante disso, torna-se relevante a produção de mais pesquisas nessa área.

Conclusão

O uso indiscriminado de medicamentos em crianças por seus responsáveis sem uma prescrição médica pode gerar algumas consequências, dentre elas o mascaramento do diagnóstico de doenças graves e doença de base, bem como quadros de reações adversas aos medicamentos, diminuição dos sintomas, além do desenvolvimento de resistência bacteriana. Também, plantas medicinais vêm sendo utilizadas por pessoas de diversas faixas etárias sem conhecimento suficiente acerca das interações medicamentosas e reações adversas que a substância pode ocasionar aos usuários.

Os estoques domiciliares de medicamentos geralmente são feitos em locais de fácil acesso para a criança, o que contribui significativamente para a ocorrência de intoxicações medicamentosas. Diversos fatores parecem contribuir para o fenômeno da automedicação na infância, como condições socioeconômicas e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Diante dos elementos elencados, a automedicação assistida torna-se uma estratégia valiosa, mas para que isso ocorra, os profissionais da saúde da Atenção Primária à Saúde devem atuar como agentes promotores da terapia medicamentosa racional, com o intuito de reverter esse processo desde a infância. A equipe de saúde tem como papel preponderante a promoção de saúde, quanto a essa problemática, mediante a adoção de posturas assistenciais que possam reduzir efetivamente os danos oriundos da automedicação na população infantil.

Referências

- ANDABAKA *et al.* Parental administration of antipyretics to children with upper respiratory tract infections without consultation with a physician. **Croatian medical journal**, v. 52, n. 1, p. 48-54, 2011.
- ARRAIS, P. S. D. *et al.* Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. Automedicação no Brasil. . **Revista de saúde pública**, v. 50, p. 13s, 2016.
- BECKHAUSER, G. C. *et al.* Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 28, p. 262-268, 2010.
- BERTOLDI, A. D. *et al.* Tracking of medicine use and self-medication from infancy to adolescence: 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. **Journal of Adolescent Health**, v. 51, n. 6,

p. S11-S15, 2012.

BRASIL, Casa Civil. **Decreto Nº 5.813, de 22 de Junho de 2006**. Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm. Acesso em: 18 de set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. **Portaria nº 3.916 out 30, 1998**. Ministério da Saúde: Brasília; 1998.

CANCELIER, A. C. L.; KUBO, T. K.; PIZZOL, F.D. Automedicação em crianças com rinofaringite aguda. **Arq Catarin Med**, v. 35, n. 2, p. 35-40, 2006.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M L; GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. **ACM Arq Catarin Med.**, v. 37, n. 1, p. 63-69, 2008.

CENÇO, B. Automedicação: isso tem que parar. **Revista da APM**, n. 610, p. 5-8, 2010.

CERVO AL, Bervian PA. **Metodologia científica**. São Paulo: Prentice Hall; 2004.

DU, Y.; KNOPE, H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). **British journal of clinical pharmacology**, v. 68, n. 4, p. 599-608, 2009.

GOULART, I. C. *et al.* Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 12, p. 165-172, 2012.

LOYOLA FILHO A. I. *et al.* Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 55-62, 2002.

KATZUNG, B. G. **Farmacologia Básica e Clínica**. São Paulo: Artmed, 2010.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas; 2005.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

MATOS, M. C. A. **Auto-Medicação**. (Monografia em: Psicologia Clínica) Universidade Fernando Pessoa. Porto, Portugal. 2005.

MASTROIANNI, P. C. *et al.* Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários. **Revista Ciência em Extensão**, v. 8, n. 2, p. 6-24, 2012.

MASTROIANNI, P. C. *et al.* Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 29, p. 358-364, 2011.

MEDEIROS, R. A. *et al.* Vigilância em saúde na enfermagem: o caso das medicações sem prescrição em crianças. **Escola Anna Nery**, v. 15, p. 233-237, 2011.

MINAYO, M. C. *et al.* **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes; 1994.

MUSIAL, D. C.; DUTRA, J. S.; BECKER, T. C. A. A automedicação entre os brasileiros. **SaBios-Revista de Saúde e Biologia**, v. 2, n. 2, 2007.

PACHELLI, C. A. A propaganda de medicamentos e a prática da automedicação no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 37, n. 2, p. 409 a 426-409 a 426, 2003.

PAIXÃO, J. A. *et al.* Levantamento bibliográfico de plantas medicinais comercializadas em feiras da Bahia e suas interações medicamentosas. *Revista Eletrônica de Farmácia*, v. 13, n. 2, p. 71-81, 2016.

PAPANIKOLAOU, P. N. Comparison of evidence on harms of medical interventions in randomized and nonrandomized studies. **Cmaj**, v. 174, n. 5, p. 635-641, 2006.

PEREIRA, F. S. V. T. *et al.* Automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de pediatria**, v. 83, p. 453-458, 2007.

OBU, H. A. *et al.* Paracetamol use (and/or misuse) in children in Enugu, South-East, Nigeria. **BMC pediatrics**, v. 12, p. 1-5, 2012.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013.

SIQUEIRA, K. M. *et al.* Perfil das intoxicações exógenas infantis atendidas em um hospital especializado da rede pública de Goiânia-GO. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 3, 2008.

TOURINHO, F. S. V. *et al.* Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, v. 84, p. 416-422, 2008.

URBANO, A. Z. R. *et al.* Automedicação infantil: O uso indiscriminado de medicamentos nas cidades de Santos e São Vicente. **Revista Ceciliana**, v. 2, n. 2, p. 6-8, 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication**. WHO: Genève, 2000.

VIVÊNCIAS, POTENCIALIDADES E DESAFIOS DOS GERENTES DE UNIDADES DE APS NO RIO DE JANEIRO: REVISÃO NARRATIVA DO PERÍODO DE 2009 ATÉ 2022

Adriana Clemente Maia
Katherine Moraes dos Santos
Antonio Eduardo Vieira dos Santos
Luis Augusto Pisco
Clemax Couto Sant'anna
Maria Katia Gomes
Alexandre de Oliveira Telles
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

RESUMO

INTRODUÇÃO: Após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil deu um grande salto em relação a uma política de saúde mais digna e justa. Isto porque a Lei 8.080, enquanto dispositivo legal buscou viabilizar a garantia do direito da população brasileira ao acesso a uma saúde de qualidade, igualitária e principalmente gratuita, tendo como premissa que saúde é um direito de todos e desta forma o Estado brasileiro tem o dever de garantir a assistência e prover as condições indispensáveis ao seu funcionamento. Trata-se de uma revisão narrativa baseada nas definições de Marconi e Lakatos (2005). **OBJETIVOS:** a) Descrever os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS no Município do Rio de Janeiro; e, b) Narrar as potencialidades existentes e os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional. **METODOLOGIA:** A partir das palavras chaves encontradas nos descritores: “Gerência em serviços de saúde”; “Sistema único de Saúde” e “Atenção Primária à Saúde” foi desenvolvida uma busca para captura de artigos publicados tendo como recorte temporal o período de 2009 a 2022. As buscas ocorreram na Biblioteca Virtual de Saúde

(BVS), especificamente a base de dados - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Online (SCIELO). **RESULTADOS:** Os artigos evidenciaram dentre outros aspectos alguns entraves gerenciais vivenciados pelos profissionais, os quais perpassam dificuldades como a ausência de treinamento para o cargo, fragilidade no apoio intersetorial e na gestão de pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; gerência em serviços de saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: After the creation of the Unified Health System (UHS), Brazil took a huge leap towards a more dignified and fair health policy. This is because Law 8,080, as a legal provision, sought to guarantee the right of the Brazilian population to access to quality, egalitarian and mainly free healthcare, with the premise that healthcare is a right for everyone and in this way the Brazilian State has the duty to guarantee assistance and provide the conditions essential for its operation. This is a narrative review based on the definitions of Marconi and Lakatos (2005). **OBJECTIVES:** a) To describe the factors that facilitate and hinder the implementation of management tools by UBS managers in the Municipality of Rio de Janeiro; and, b) Narrate the existing potential and challenges faced by UBS managers in their daily professional practice. **METHODOLOGY:** Based on the key words found in the descriptors: “Management in health services”; “Single Health System” and “Primary Health Care” a search was developed to capture published articles taking the period from 2009 to 2022 as a time frame. The searches took place in the Virtual Health Library (VHL), specifically the database - Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Scientific Electronic Online (SCIELO). **RESULTS:** The articles highlighted, among other aspects, some management obstacles experienced by professionals, which involve difficulties such as the lack of training for the position, weakness in intersectoral support and people management.

KEYWORDS: Primary Health Care; management in health services; Unified Health System.

Introdução

Os sistemas de saúde são estruturas complexas e singulares, que se relacionam diretamente ao contexto político-social dos países. O Brasil é um dos poucos países que possuem um sistema de cuidados à saúde universal e gratuito.

Além do nosso país, os principais são Reino Unido, Canadá, Austrália, França e Cuba. Vale ressaltar que o modelo britânico, instituído em 1948, serviu de inspiração para o nosso e funciona de modo parecido. Com a implementação do SUS diversas ações foram desenvolvidas a fim de colocar em prática as normas e princípios estabelecidos pela lei. Nesse período, foram criadas diversas ações de estado e município em relação à APS, porém, nenhuma se configurou como modelo nacional (Brasil, 2010).

O Sistema de Saúde no Brasil passou por diferentes mudanças ao longo de décadas, com características marcantes que acompanharam as tendências políticas e econômicas de cada momento histórico. Sem dúvida, em 1988 após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o Brasil deu um grande salto em relação a uma política de saúde mais digna e justa. Passou então, a garantir o direito da população brasileira ao acesso a uma saúde de qualidade, igualitária e principalmente gratuita, com base na Lei 8.080 a que determina que à saúde é um direito de todos e dever do Estado garantir a assistência e prover as condições indispensáveis ao seu funcionamento. Mas infelizmente ainda há muitos desafios a serem superados até que o SUS se torne um padrão de atendimento em saúde (Aguiar, 2011).

Entre ações e programas em saúde foram criadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), configurando um novo modelo assistencial, que visa substituir o modelo tradicional, curativos, com foco na “doença”, passando a priorizar ações educativas, preventivas e de recuperação, com atendimento de saúde prestado tanto na UBS, quanto no domicílio, através das Visitas Domiciliares, prestadas

pelos profissionais de saúde que compõe a equipe Multidisciplinar (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários) (Costa *et al.* 2012).

Em 1994, surgiu o Programa de Saúde da Família (PSF), proposto pelo Ministério da Saúde (MS) após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), passando depois a ser entendido como uma estratégia de reorientação da assistência. Mais tarde, em 2006, foi instituída a PNAB, resultado da experiência de ações acumuladas no intuito de consolidar o SUS. Sendo estabelecidas através desta política as atribuições em comum a todos os profissionais envolvidos na equipe Multidisciplinar, assim como, as atribuições específicas de cada profissional de saúde, entre eles a atuação do enfermeiro (Brasil, 2012).

A partir de 2009 o Município do RJ inaugurou um modelo de gestão compartilhada, por meio de contratos de gestão, firmados entre a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e (OS) para a gestão do trabalho nas UBS. Na etapa inicial de implantação deste modelo foi criado o cargo de GSS, profissional responsável pela organização dos serviços de saúde, monitoramento das ações das equipes e execução das atividades técnicas e administrativas. Este Gerente, selecionado e contratado por uma OSS, teria como responsabilidade viabilizar e garantir o cumprimento das metas contratadas, provendo infraestrutura adequada, recursos humanos e materiais e monitoramento dos resultados.

Por outro lado, caberia a ele também assegurar que os princípios, as políticas e diretrizes, que orientam as ações de saúde na ESF no modelo do SUS sejam cumpridas, promovendo a qualificação do trabalho e do trabalhador; atendimento das demandas e necessidades da população e participação social. O cotidiano destes Gerentes, portanto, é marcado pelo desafio de garantir a Governança Clínica (GC) tendo como referência as políticas e diretrizes da SMS, a quem deve prestar contas, e a gestão administrativa referenciada pelo cumprimento das metas pactuadas entre a SMS e a OSS, a quem estes Gerentes também prestam contas.

Segundo Loch (2019), a constatação de que o trabalho gerencial é complexo e tenso e que o aprendizado se dá principalmente a partir da prática traz

novas perspectivas às capacitações e ao desenvolvimento gerencial nos serviços de saúde. Tais perspectivas incluem a mobilização das pessoas visando a reflexão a partir da ação, de forma a estimular a troca de experiências e o autoconhecimento. Nesta perspectiva, as boas práticas de gestão das UBS de saúde são essenciais para a oferta de serviços de saúde capazes de atender plenamente as necessidades da população brasileira. Isto tem relação direta com a qualidade da atenção à saúde oferecida à população. Trata-se de uma questão complexa, dinâmica e multifacetada e pretendo vislumbrá-la em três dimensões, a saber:

- a. Política: caracterizada pela fragilidade existente entre a formulação das políticas públicas e sociais e sua efetiva implementação. Uma vez que as diretrizes governamentais são pautadas em protocolos assistenciais elaborados com padrão de excelência, mas que na maioria das vezes, são implementados em serviços marcados por uma realidade adversa, caracterizada pela carência, quantitativa e às vezes até qualitativa, de recursos materiais e humanos. Isto nos remete à uma verdadeira dicotomia entre o plano das ideias e o plano das ações que acaba por afetar, de certo modo, a qualidade do processo de trabalho e conseqüentemente o serviço prestado aos usuários no contexto da APS.
- b. Sócio econômica: representada pelas políticas macroeconômicas adotadas pelo governo brasileiro nas últimas décadas, que implementaram ações de redução com gastos sociais para atender as perspectivas relacionadas ao neoliberalismo, a globalização e outros dispositivos para dar relevo a “Teoria do Estado Mínimo” em detrimento das questões relativas ao “Estado de Bem-Estar Social”, tão fortemente propagado pela Carta Magna da República Federativa do Brasil que estabeleceu em seu artigo 196 a saúde como direito do povo e dever do estado, assim como a Lei Orgânica da Saúde (LOS) Nº 8080 que dispõe sobre as condições sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 1990).

Nesse diapasão, podemos citar como exemplo a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) N° 55/2016, mais conhecida como PEC do teto de gastos públicos que congelou por 20 anos os orçamentos fiscais e da seguridade social e de todos os órgãos e poderes da União, representando na prática um retrocesso para a implementação de políticas públicas e sociais, principalmente nas áreas de saúde e educação (Brasil, 2016). Vale registrar outro ponto nevrálgico dessa proposta citada acima que seria a sinalização da possibilidade de repasses entre as áreas pela regra de Desvinculação de Receitas da União (DRU), o que caracteriza um risco de retirada dos minguaços da saúde. Atualmente a constituição determina o mínimo da receita a ser aplicado na educação (18%) e na saúde (15%). O intuito da PEC é acabar com esses tetos mínimos e, ao contrário, definir um máximo. Em um cenário de envelhecimento da população e da necessidade de incorporar novas tecnologias, formação e contratação de profissionais, limitar os gastos públicos é um ato homicida do sistema público de saúde brasileiro (Cunha, 2016).

Convém destacar que a conjuntura anteriormente citada ficou ainda mais potencializada com a pandemia de COVID-19 que se destacou como uma emergência sanitária global sem precedentes no nosso século, gerando impactos não somente clínicos, mas também econômicos, sociais e psicoafetivos. Isto significa dizer que a COVID-19 representou um aumento das desigualdades sociais, marcadas pela potencialização da pobreza, do desemprego, violência e sofrimento psíquico, dentre outros marcadores de vulnerabilidades sociais (Fiocruz, 2022).

- c. Humana e cultural: considerando que a qualidade dos serviços de saúde depende principalmente do componente humano, ganha destaque nesse contexto: 1) a formação acadêmica dos profissionais de saúde, uma vez que a mesma é, de certo modo, ainda incipiente no que diz respeito à oferta de experiências curriculares capazes de potencializar, nos estudantes de graduação, as habilidades e competências voltadas para as ferramentas de boas práticas de gestão; 2) a qualificação profissional que ainda privilegia nos cursos de pós-graduação lato sensu os aspectos técnico-operacionais, em detrimento dos aspectos interpessoais,

sociopolíticos e éticos. Não se trata aqui de negligenciar os aspectos técnicos, entretanto é mister, a ampliação dos espaços de discussão e reflexão sobre os problemas/dilemas enfrentados pelos gerentes que atuam nas CF, bem como os significados que os profissionais de saúde atribuem às experiências na gestão e suas visões de mundo sobre a realidade da prática profissional (Lucas, 2013; Lucas, 2021).

Destas três dimensões apresentadas acima, este estudo irá se aprofundar nas questões que envolvem a dimensão humana e cultural. Ademais, segundo Silva (2012) conhecer os problemas e a relevância social da gestão dos serviços de saúde é de extrema importância para fomentar discussões a fim de que sejam explorados os caminhos para uma gestão de qualidade e embasada nas diretrizes e princípios do SUS.

Para a efetividade das ações de saúde oferecidas por todos os níveis de atenção é fundamental a organização dos serviços em rede, de forma que exista uma conexão entre os mesmos permitindo que a coordenação do cuidado ocorra de forma integrada e resolutive. Nesta perspectiva, o apoio institucional é um caminho importante para fortalecer e legitimar relações entre os sujeitos, sabendo-se que a gestão não existe sem essa vertente, mesmo que os atores representam diferentes saberes e níveis de poder. Neste contexto, esta revisão narrativa tem como objetivos: a) Descrever os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão pelos gerentes de UBS no Município do Rio de Janeiro; e, b) Narrar as potencialidades existentes e os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão narrativa baseada nas definições de Marconi e Lakatos (2005) que possui como objetivo estudar um foco ou um assunto, não apenas citando partes desses textos, ou então repetindo o que já está escrito, mas sim, conseguir ter uma visão social, crítica e argumentativa daquilo que está escrito, é uma atividade científica que ajuda a descobrir e entender a realidade.

A pesquisa foi elaborada a partir das seguintes etapas: a) escolha do tema e questões de pesquisa; b) definição dos objetivos; c) determinação dos critérios de inclusão e exclusão para a busca de estudos científicos; d) levantamento bibliográfico nas bases virtuais selecionadas; e) interpretação e análise dos dados encontrados; e, f) apresentação dos resultados.

A partir das palavras chaves encontradas nos descritores (Decs): “Gerência em serviços de saúde”; “Sistema único de Saúde” e “Atenção Primária à Saúde” foi desenvolvida uma busca para captura da produção científica publicada sobre a temática das práticas de gestão nas Unidades Básicas de Saúde, tendo como recorte temporal o período de 2009 a 2022. Este marco temporal utilizou como determinante histórico-estrutural o início da expansão do modelo da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro. Foram empregados os seguintes critérios de inclusão: Texto com configuração completa disponível; idioma em inglês ou português e período de publicação entre os anos de 2009 e 2022.

Em se tratando da busca na literatura, esta ocorreu através do Portal Regional da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), especificamente a base de dados - Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Online (SCIELO), acessadas por intermédio dos sites <<http://regional.bvsalud.org>> e <www.scielo.br>, respectivamente. As bases supracitadas foram selecionadas considerando a facilidade de acesso e por serem uma das principais fontes de publicações científicas na atualidade.

Resultados e discussão

A seguir são apresentadas em sessões o que se identificou na literatura científica pesquisada os aspectos que envolvem os fatores que facilitam e dificultam a implementação das ferramentas de gestão, bem como as potencialidades existentes e os desafios enfrentados pelos gerentes de UBS no cotidiano da prática profissional pelos gerentes de UBS.

Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil

A declaração de Alma Ata em 12 de setembro de 1978 traz um conceito o qual não se considera saúde apenas a ausência de doenças, levando em consideração o estado físico, mental e social do indivíduo, assim como sendo um direito de todos os seres humanos. A declaração coloca a saúde como a principal meta mundial, precisando de apoio de setores sociais e econômicos para que seja atingida. A APS é tida como ponto chave para atingir a meta de que todas as pessoas do mundo tenham uma vida produtiva economicamente e socialmente (Alma Ata, 1978). A APS é definida como cuidados essenciais de saúde baseados em dados científicos, facilmente acessados pela população, se mantendo em todas as fases de vida desta população, sendo parte integrante do sistema de saúde de um país e o primeiro elemento de um processo contínuo de cuidados em saúde. Ela provê cuidados de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades. E neste conceito o indivíduo é tido como participante no planejamento, organização, operação e controle da APS (Alma Ata, 1978).

No Brasil, o SUS é criado a partir da lei 8080 de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS) e traz o conceito de saúde como direito de todos e dever do Estado. E que tem, dentre seus princípios e diretrizes, a universalidade, a integralidade, a igualdade e a preservação da autonomia (Brasil, 1990). Com a implementação do SUS diversas ações foram desenvolvidas a fim de colocar em prática as normas e princípios estabelecidos pela lei. Nesse período, foram criadas diversas ações de estado e município em relação à APS, porém, nenhuma se configurou como modelo nacional (Lavras, 2011).

A criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS) se deu entre os anos de 1979 e 1986 no sertão cearense. Tal programa incorporou um outro trabalhador nos serviços de saúde, numa readaptação do serviço de auxiliares de enfermagem, sendo convocadas mulheres de áreas pobres para trabalharem como agentes de saúde. Esta utilização deste agente de saúde traz uma outra forma de fazer saúde principalmente em locais de difícil acesso (Brasil, 2010).

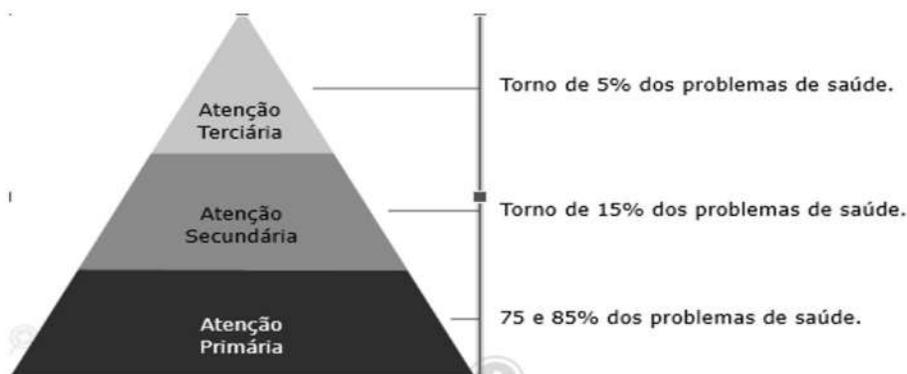
Três anos antes da portaria que aprova o PACS, em 1994, é consolidado o Programa de Saúde da Família(PSF) que acaba sendo o precursor da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na época, o PSF já mostrava grande impacto na redução da mortalidade materna e infantil, assim como melhor acompanhamento de condições crônicas como diabetes e hipertensão e, principalmente, no acesso a áreas do país onde nenhum serviço de saúde havia chegado até então (Brasil, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada através da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, reorganiza o PACS, assim como estabelece a ESF como eixo estruturante e reorganizador da APS. A PNAB traz o seguinte conceito de atenção básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde(RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (PNAB, 2012).

A APS é o primeiro nível de atenção em saúde, podendo ser caracterizada por um conjunto de ações que se articulam como um filtro capaz de organizar o fluxo de atendimento dos serviços nas redes de saúde, dos casos mais simples aos de maior complexidade. Segundo Starfield (2002), a APS é a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas. Tem como características a responsabilidade pelo acesso, atenção e prevenção, tratamento e reabilitação; assim como trabalho em equipe. É considerada como uma base e determinante para o trabalho de todos os outros níveis do sistema. Ela aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, lidando com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. A APS se diferencia dos demais níveis de atenção, pois lida com problemas mais comuns e menos definidos. A proximidade maior do profissional com o ambiente onde o usuário se encontra, o deixa numa posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da saúde e doença (Starfield, 2002).

Figura 1. Resolutividade da Atenção Primária à Saúde(APS)

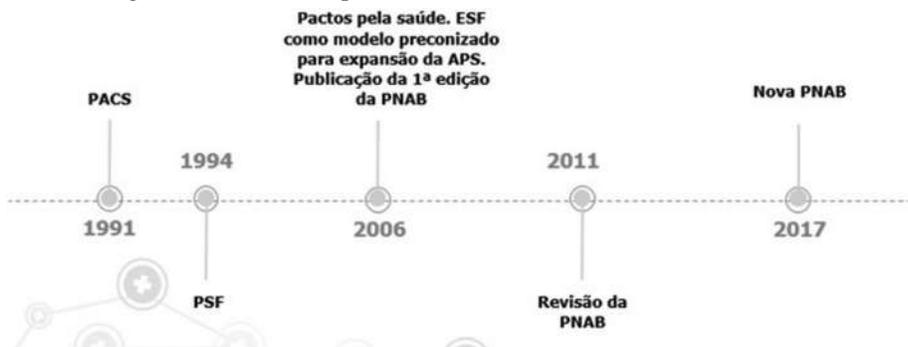


Fonte: Conass, 2023.

De acordo com a Figura 1 acima a APS é constituída pelas UBS com 75 a 85% dos problemas de saúde, a Atenção Secundária é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar em torno dos 15% dos problemas

de saúde. Já a Atenção Terciária ou alta complexidade designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização e ocupa em torno dos 5% dos problemas de saúde. No âmbito do SUS, as equipes de saúde da família (ESF) são parte constituinte da ESF, trabalhando com território adscrito, vinculadas a uma unidade básica de saúde (UBS). Elas são tidas como principal porta de entrada para o sistema de saúde e são também as principais reguladoras dos encaminhamentos dos usuários a outros serviços de saúde dentro das RAS (Brasil, 2010).

Figura 2. Marcos Temporais do desenvolvimento da APS no Brasil

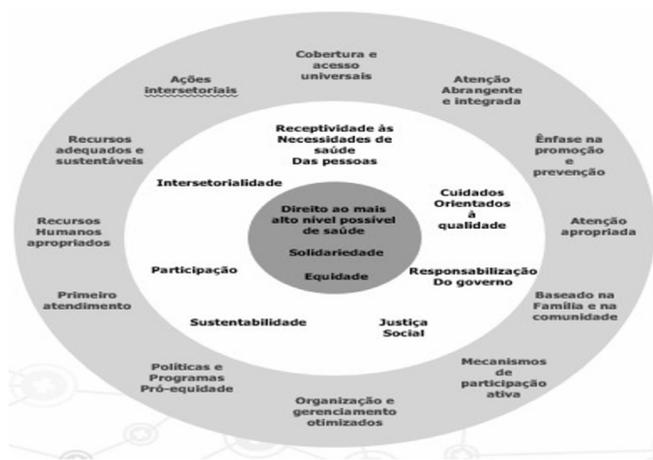


Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), 2022.

A Figura 2 acima ilustra os marcos temporais considerando o desenvolvimento da APS no Brasil. A década de 1920 é marcada pelo surgimento dos primeiros Centros de Saúde e Centros de Saúde Escola. Dando continuidade a construção do SUS, o início dos anos 80 traz o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), por meio do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizado de Saúde nos Estados (SUDS). O ano de 1896 é marcado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) onde nascem as bases para o SUS. E em 1988 nasce o Sistema único de Saúde (SUS). 1990 é marcado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lavras, 2011). Dando sequência a linha de raciocínio ilustrada pela Figura 2, no ano de 1991 foi criado o PACS pelo Ministério da

Saúde (MS) com o objetivo de ampliar o acesso de pessoas ao SUS e difundir ações de promoção por meio da educação em saúde. Em 1994 o MS cria o Programa Saúde da Família (PSF) com o objetivo de orientar a reorganização do serviço de atenção básica nos municípios, tendo sido precursor da Estratégia Saúde da Família (ESF) que surgiu em 2006 como política de governo nesse mesmo ano surge o Pacto pela Saúde (PAC) que foi uma diretriz para a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) aprovada apenas em 2017 (Lavras, 2011).

Figura 3. Valores, Princípios e Elementos centrais em um Sistema de Saúde com base na APS



Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde- OPAS, 2022

A Figura 3 acima apresenta os valores, princípios e elementos propostos de um Sistema de Saúde com base na APS. Um sistema de saúde com base na APS é composto por um conjunto central de componentes estruturais que funcionam para garantir à população a cobertura e o acesso universal a serviços eficientes visando aumentar a equidade. Sob esta ótica, oferece cuidados abrangentes, integrados e apropriados com o tempo, enfatizando a prevenção e a promoção, bem como assegurando o cuidado no primeiro atendimento. Ademais, os sistemas de saúde com base na APS têm as famílias e as comunidades como pilares fundamentais para o planejamento de suas ações.

Um sistema de saúde com base na APS requer uma sólida fundamentação legal, institucional e organizacional, bem como recursos humanos, financeiros e tecnológicos adequados e sustentáveis. Adota práticas de gerenciamento otimizado em todos os níveis para alcançar qualidade, eficiência e eficácia, e desenvolve mecanismos ativos para maximizar a participação individual e coletiva em saúde. Um sistema de saúde com base na APS desenvolve ações intersetoriais para abordar outros determinantes de saúde (OPAS, 2005).

A Atenção Primária à Saúde (APS) no Rio de Janeiro

A história da saúde pública na cidade do Rio de Janeiro é muito bem retratada por Campos, Cohn e Brandão (2016), iniciando tal retrato a partir de 1910, onde relatam que não havia estabelecimentos de saúde pública, mas havia intervenções ao meio ambiente e agentes infecciosos, assim como esporadicamente ações à população incluindo campanhas de vacinação. A partir de 1916, surgem Postos de Profilaxia Rural com o intuito de atuar contra doenças endêmicas e epidêmicas da região. Advindo da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1923, foi possível o nascimento e a consolidação dos Centros de Saúde, sendo o primeiro inaugurado em 1927 (Campos; Cohen; Brandão, 2016).

A partir de 1979, inspirados pela criação da Alma Ata (Já citada anteriormente), houve expansão da cobertura dos CMS e a incorporação do conceito de APS. Após a criação do SUS, houve grande municipalização de unidades ainda federais. A criação do PSF em 1994, recebeu incentivos diferentes do governo e possibilitou o acesso à saúde principalmente de populações mais vulneráveis, mas havia resistência de expansão para toda cidade devido à grande oferta de serviços que o município oferecia. Neste mesmo período, a organização sanitária foi descentralizada para as dez Coordenações de Saúde das Áreas Programáticas (CAP) (Campos; Cohen; Brandão, 2016).

A mudança da nomenclatura de PSF para Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio em 1999, com grande incentivo financeiro para a

reorganização de todo o sistema de saúde. Houve a inclusão do Programa de Agente Comunitário de Saúde em quinze bairros e Equipes de Saúde da Família em dez bairros. Até o final de 2008, houve pouca expansão da cobertura de Saúde da Família (SF), sendo menos de 10% no mesmo ano. A partir do ano de 2009, considerando também a cidade como sede olímpica, houve plano de expansão da ESF, com a criação do modelo de Clínicas da Família, vínculo empregatício a partir de Organizações Sociais de Saúde (OSS) com contratação via Consolidação das Leis do trabalho (CLT). Houve grande valorização da SF, sobretudo do profissional médico, com incentivo salarial e criação de programas de residência de Medicina e Enfermagem em Saúde da Família (Campos; Cohen; Brandão, 2016).

O Rio de Janeiro, que sempre teve um modelo de atenção à saúde fortemente direcionado para a prestação de serviços hospitalares, vivenciou um processo de significativa expansão da APS. A cobertura de 3.5% em 2008 passou para uma estimativa de 70% em 2016. Ocorreu nesse período ampliação do acesso ao serviço básico de saúde. Isto porque a atenção primária passou a ser prioridade da gestão municipal. Ademais, neste período ocorreu também a criação de protocolos clínicos; a implementação do uso de prontuário eletrônico; a iniciativa de acreditação dos serviços; a implementação do pagamento por performance. Ocorreram também mudanças na organização dos serviços de saúde, horizontalizando o organograma e colocando a atenção primária como a principal ordenadora da atenção à saúde na rede do município. Tais alterações tiveram como inspiração sistemas de saúde do Reino Unido e Portugal. Também foi criado um sistema de regulação de vagas para consultas e procedimentos externos à unidade básica de saúde, ocasionando um aumento importante do número de exames realizados nestas unidades (Soranz; Pinto; Penna, 2016).

Entretanto, este processo não foi homogêneo, sofrendo reveses com a mudança governamental em 2017 mediante a entrada de outra gestão na Prefeitura do MRJ, a saber a gestão representada por um prefeito da bancada neopentecostal da política na cidade (Melo, Mendonça e Teixeira, 2019). O Plano Municipal de Saúde (PMS) do Município do Rio de Janeiro

(MRJ) referente ao quadriênio de 2018 a 2021, traz os atributos essenciais e derivativos da APS como a principal referência para o cuidado do usuário. É importante frisar que a realidade ao longo dos anos, após grande expansão, teve grande impacto na conduta e organização da Rede de Atenção à Saúde do município. Este processo foi marcado por uma fase inicial que contou com forte investimento na APS, inclusive em formação em saúde, e na sequência por um segundo momento caracterizado por intenso sucateamento e fragilidade dessa estrutura devido à forma que estava sendo organizada pelo gestor à época.

Um estudo de 2018 em uma unidade de saúde da família do Rio de Janeiro já apontava algumas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no contexto político vivido pela cidade. As principais queixas foram sobre as escalas e excesso de atribuições dos profissionais, precariedade e falta de materiais para trabalhar, exigência de seguimento rígido de protocolos que engessam atendimentos, assim como cobrança de indicadores e números de produção (Agonigi *et al.*, 2018). No ano seguinte à posse, foi anunciado déficit no orçamento da prefeitura que serviria como justificativa para sucessivos atrasos no pagamento dos funcionários contratados pelas OSS que compunham as equipes de saúde da família até então, seguidos pela demissão em massa de muitos profissionais. Este período, também foi marcado pelo surgimento de um movimento de reação desses trabalhadores chamado “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019).

A nova gestão propôs um plano de reorganização dos serviços de APS com o intuito de reduzir custos, baseados unicamente na produtividade dessas equipes. A ideia era melhorar fluxos e garantir melhor qualidade de produção em números, pautados sobretudo na nova PNAB aprovada em 2017 após o golpe de estado que ocorreu no país, destituindo a presidenta eleita do poder. Com este novo plano, foi possível diminuir o número de ESF, havendo uma redução de 184 equipes ao todo. Tais acontecimentos reforçam a fragilidade da adoção de OSS como recurso para a contratação de pessoas - tratadas por essas entidades como recursos humanos - na APS, assim como demonstra claramente o poder das vontades políticas locais (Melo; Mendonça; Teixeira, 2019).

Modelo de gestão compartilhada no Rio de Janeiro e a implantação do cargo de gerentes de UBS

Segundo Martins (2006) a Administração Pública Gerencial apresenta algumas características, tais como: “ a) Caráter estratégico, ou orientado por resultado do processo decisório; b) descentralização; c) flexibilidade; d) desempenho crescente e pagamento por desempenho/ produtividade; e) competitividade interna e externa; f) direcionamento estratégico; g) transparência e cobrança de resultados (accountability); h) padrões diferenciados de delegação e discricionariedade decisória; i) separação da política de sua gestão; j) desenvolvimento de habilidades gerenciais; k) terceirização; l) limitação da estabilidade de servidores e regimes temporários de emprego; e m) estruturas diferenciadas” (Martins, 2006).

Como proposta de reforma, é elaborado o anteprojeto de lei e o Decreto de Regulamentação das Organizações Sociais (OS). Em 1997, a Medida Provisória N°1591, determina que essas entidades uma vez autorizadas, estariam aptas a serem parceiras do Estado, na condução da coisa pública. E, finalmente, com a Lei 9.637/1998, as OS são instituídas, juntamente com os contratos de gestão e com o Programa Nacional de Publicização. Na perspectiva do governo as OS melhorariam o desempenho gerencial, possibilitando uma maior flexibilidade na prestação de serviços públicos, sem vinculação administrativa com o Estado, mas fomentadas com recursos públicos e controladas por contratos de gestão. O Estado atua mais como regulador e promotor dos serviços públicos e as OS estimulam a descentralização, desburocratização, autonomia e qualidade da gestão, favorecendo um melhor gerenciamento do setor saúde e um aumento da capacidade de planejar e executar ações através de metas pactuadas nos contratos de gestão e avaliadas pelos órgãos responsáveis (Abrucio; Sano, 2008).

A transferência de responsabilidades do Estado por meio da terceirização dos serviços e do estabelecimento dos contratos de gestão com a Lei 9637/1998 gerou uma série de manifestações e reações contrárias ao novo modelo, principalmente pelos Conselhos e Conferências de Saúde da época.

No Rio de Janeiro, Roraima e Distrito Federal houve inclusive apresentação pelo Ministério Público de ação civil pública contra este tipo de terceirização. Ações que visavam a mitigação do novo modelo, foram perdendo força com o passar da implantação das OS. Com isso, não foi viável a implantação deste modelo, no território nacional, como se intentava inicialmente na Reforma do Estado (Rezende, 2004).

Com esse cenário, com a crescente do Terceiro Setor, também conhecido como setor público não estatal, foi tomando espaço, pois após a redemocratização do país, na década de 80, houve um crescimento considerável na iniciativa da sociedade civil, voltadas principalmente para as lacunas na oferta de serviços e infraestrutura pública, nos mais diversos setores, incluindo a saúde, educação, saneamento, meio ambiente, emprego e renda (Rodrigues, 2007). No Município do Rio de Janeiro, a escolha em trabalhar com este modelo de gestão foi institucionalizada por meio da Lei Municipal N°. 5026, aprovada em 19 de Maio de 2009, decretada a partir do Decreto-Lei 30.780 de 2 de Junho de 2009. Nesta Lei, o Município do Rio de Janeiro regulamenta a atuação das Organizações Sociais com regras específicas para o setor saúde.

A partir daí, por meio de contratos de gestão, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ) e as OS inauguram um modelo de gestão compartilhada (citado anteriormente), com intuito de promover maior agilidade na condução das ações e na administração dos serviços de saúde. Sendo assim, o Estado define as diretrizes norteadoras da gestão, acompanhamento e fiscalização da execução das atribuições preconizadas para as OSS contratualmente e às OSS cabe a execução das atividades e 17 atribuições contratuais bem como a prestação de contas e de resultados assistenciais e gerenciais alcançados definidos em um “Contrato de Gestão”.

Ressalta-se que a Administração Pública tem o poder-dever de planejar, gerenciar, acompanhar e fiscalizar a atuação da OSS contratada, de modo a garantir o adimplemento do objeto contratado, bem como detectar, antecipadamente, práticas em desconformidades ou defeituosas. Nesse passo, o presente manual busca atender à necessidade de padronização dos procedimentos atinentes à

gestão e à fiscalização dos Contratos de Gestão (SMS, 2022). De acordo com o artigo publicado em 2021 com o objetivo de analisar a implantação em larga escala da ESF no âmbito do SUS na cidade do Rio de Janeiro nas duas últimas décadas: Por meio do contrato de gestão o Estado transferiu às OSS a responsabilidade de execução das políticas de saúde. Isto implicou na outorga de autonomia gerencial às entidades civis para executar ações e prestar serviços públicos de saúde por meio da contratação de recursos humanos e aquisição de bens móveis e imóveis sem licitação (Rezende, 2004). Ademais:

É importante registrar que a adoção do modelo OSS foi uma escolha bem-sucedida para a rápida implantação da sua agenda de governo para o SUS na cidade do Rio de Janeiro, ainda que não seja suficiente para desempenhar todas as funções essenciais da saúde pública. Suas limitações apontam para a necessidade de implementação de arranjos regulatórios independentes que reduzam a insegurança jurídica, o déficit informacional do Executivo e, principalmente, torne transparente para a sociedade civil e opinião pública as relações do setor público com terceiros. (Costa *et al.*, 2021).

Assim, de acordo com Bloise *apud* Maffei (2011), o cargo de Gerente foi criado para a gestão do trabalho nas UBS, através da parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e OSS. Este profissional seria responsável pela gestão das UBS, organização dos serviços de saúde, monitoramento das ações das equipes de saúde da família e execução das atividades técnico-burocráticas, com o intuito de prestar serviços de qualidade e garantir os princípios e diretrizes do SUS para toda a população. O gerente de unidade de saúde, profissional cujas atribuições foram incluídas na PNAB de 2017, teve o credenciamento liberado pelo Ministério da Saúde em 2019.

A função deverá ser exercida por profissional qualificado, com nível superior, não integrante das equipes vinculadas às USF e cumprindo carga horária de 40 horas semanais. O gerente na USF deverá conhecer a Rede de Atenção à Saúde (RAS) e fomentar a participação dos profissionais na organização do horário de atendimento aos cidadãos, com base em protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas,

além de apoiar a referência e contrarreferência entre equipes que atuam na APS e nos diferentes pontos de atenção, com garantia de encaminhamentos responsáveis (MS, 2017).

Esse profissional tem o papel de garantir o planejamento em saúde, a gestão e organização do processo de trabalho, a coordenação do cuidado e das ações no território e a integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços da rede de atenção no município. Profissional de nível superior, preferencialmente com experiência em Atenção Primária à Saúde, que atue com carga horária semanal de 40 horas e que não seja integrante das equipes vinculadas à Unidade de Saúde da Família (USF) em que exercer a função de Gerente de Atenção Primária. Incluído na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, este profissional também é chamado de Gerente da Atenção Básica.

Em 19/05/2009 surge a Lei Municipal N° 5.026 que regulamentou a atuação das OS e em 02/06 do mesmo ano o Decreto Lei N°30.780 regulamentou a lei supracitada. Nesse mesmo ano criou-se o cargo de gerente de serviço de saúde, cujas atribuições profissionais foram incluídas na PNAB, em 2017 e em 2019 foi liberado o credenciamento pelo Ministério da saúde. Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade do Rio de Janeiro em 10 Áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde (PMS-RJ, 2013). Atualmente existem quatro OSS na gestão compartilhada dos serviços de saúde da APS do município do Rio de Janeiro, com contrato de gestão devidamente atualizado após novo governo.

Quadro 1. Divisão das Organizações Sociais de Saúde (OSS) nas Áreas Programáticas (AP) do Rio de Janeiro, considerando a gestão das Clínicas da Família (continua)

Organização Social de Saúde	Área Programática
SPDM/PAIS	1.0, 3.3, 4.0 e 5.3
VIVA RIO	2.2, 3.1 e 5.2
IDEIAS	3.2
INSTITUTO GNOSIS	2.1 e 5.1

Fonte: Elaboração própria, 2023.

De acordo com o quadro 1 acima, a OS Associação Paulista para o desenvolvimento da Medicina- SPDM/ PAIS tem contrato com as seguintes áreas programáticas: 1.0, 3.3, 4.0 e 5.3. A OS Viva Rio é responsável pela gestão dos serviços de saúde das áreas 2.1, 2.2, 3.1 e 5.2. Em se tratando da OS Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde- IDEA tem contrato de gestão nas áreas: 3.2 . Por último a OS Instituto Gnosis que responde apenas pela AP 5.1. Ressalta-se que a AP 3.1, área escolhida como universo do objeto de estudo desta pesquisa.

Gerentes de unidade básica de saúde(UBS) e competências do cargo

O termo gerencialismo foi introduzido na administração pública no bojo das discussões sobre a Terceira Via e a necessidade de ampliar a capacidade gerencial e a resolutividade do Estado. No Brasil, esta discussão ganha relevo com a proposta de Reforma Administrativa do governo Fernando Henrique Cardoso, que desencadeou a adoção de novos mecanismos de gestão na administração pública, dentre os quais se destacam a contratualização dos serviços de saúde. Tendo como cenário este novo modelo gerencial adotado pelo Estado e, neste estudo específico, pelo Município do Rio de Janeiro, tornou-se importante buscar um referencial teórico que abordasse a questão da gerência em sua perspectiva não apenas política, mas no campo da administração, de forma a compreender como vem se dando a operacionalização dos serviços contratualizados, suas dificuldades e possibilidades (Abrucio, 2008):

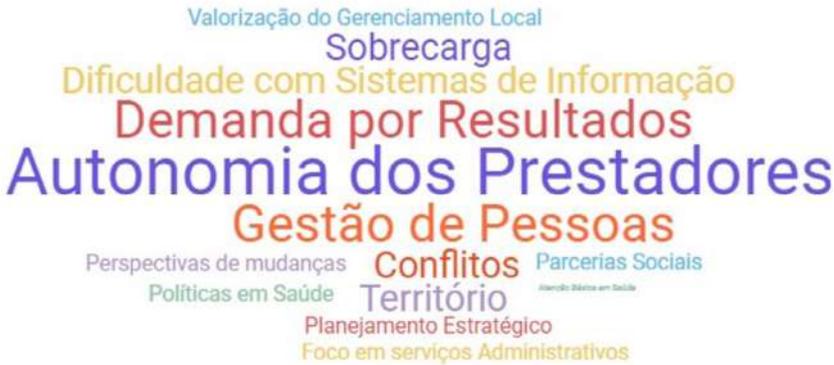
Gerenciar é a função administrativa da mais alta importância – é o processo de tomar decisões que afetam a estrutura, os processos de produção e o produto de um sistema. Implica coordenar os esforços das várias partes desse sistema, controlar os processos e o rendimento das partes e avaliar os produtos finais e resultados. Numa organização, o Gerente se responsabiliza pelo uso efetivo e eficiente dos insumos, de forma a traduzi-los em produtos (serviços, por exemplo) que levam a organização a atingir os resultados que se esperam dela. (Tancredi, 1998 ; Passos; Ciosak, 2006).

A adoção de modelos gerenciais flexíveis e a garantia da participação popular são estratégias cruciais da atual política de fortalecimento do sistema de saúde. As reorganizações técnicas e gerenciais dos serviços demandam uma transformação das ações de saúde e um envolvimento dos profissionais com os serviços e com os usuários, a fim de proporcionar maior resolutividade e qualidade nas ações de saúde (Guimarães; Évora, 2004). Além disso, os Gerentes precisam estar qualificados, reconhecendo os instrumentos e ferramentas mais importantes para o seu trabalho, possibilitando que identifiquem as potencialidades e otimize o trabalho da equipe, criando novos líderes a fim de exercer uma gestão compartilhada, servindo de exemplo de conduta para um trabalho eficiente que constantemente eleva sua qualidade (Franco; Santos; Salgado, 2011).

Para Mintzberg (2007), os Gerentes enfrentam adversidades em decorrência da sobrecarga de trabalho, tendo em vista que muitas de suas obrigações não podem ser delegadas. Isto acaba por gerar pressões laborais haja vista a responsabilidade de planejar e reprogramar frequentemente seu dia de trabalho. O gerente é um profissional encarregado, sendo a autoridade formal que articula no mundo do trabalho várias relações interpessoais, mobilizando as informações a serem utilizadas na tomada de decisão. Ou seja, estes profissionais desempenham funções interpessoais, informacionais e decisórias. As frustrações enfrentadas pelos Gerentes têm relação com a vulnerabilidade a que estão expostas as pessoas que estão no poder e ainda não desenvolveram a habilidade de lidar com essas situações. Para reverter esta situação o Gerente deverá desenvolver o equilíbrio entre personalidade e ação institucional visando alcançar o crescimento profissional e a qualidade do trabalho realizado.

Em seguida, a extração de núcleos de sentido a partir do documento da PNAB, foi capaz de potencializar a discussão a partir das atribuições dos gerentes, perpassando os fatores que favorecem e dificultam sua implantação dentro dos processos gerenciais. Assim, também foi construída uma nuvem de palavras, com os termos de maior significância dentro da literatura encontrada. Vale ressaltar que quanto maior a palavra, maior a repetição no corpo dos artigos.

Figura 4. Nuvem de palavras com os termos de maior frequência aparentes nos artigos selecionados



Fonte: Elaboração própria, 2023.

Na perspectiva deste novo modelo de gestão, é importante identificar as responsabilidades dos entes envolvidos. Sendo assim, o Estado define as diretrizes norteadoras da gestão, acompanhamento e fiscalização da execução das atribuições preconizadas para as OSS contratualmente e às OSS cabe a execução das atividades e 17 atribuições contratuais bem como a prestação de contas e de resultados assistenciais e gerenciais alcançados definidos em um “Contrato de Gestão”.

Gerentes de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Competências do Cargo

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS 01/1996) cunhou a diferença entre gestão e gerência, no qual a gestão seria a responsabilidade de gerir um sistema de saúde nas diferentes esferas de governo, podendo ser à nível federal, estadual ou municipal, podendo exercer até 29 funções de coordenação, articulação, planejamento, negociação, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. Enquanto a gerência seria a administração de um órgão ou ambiente de saúde: ambulatórios, hospitais, institutos, fundações e outros, se caracterizando como um prestador de serviços ao Sistema de Saúde.

Apesar da distinção conceitual, a definição ainda não é clara quanto ao papel e as atribuições dos Gerentes nas unidades e ambientes de saúde.

Com isso é fica evidente as dificuldades no que se diz respeito às funções e trabalho desses profissionais, o que ocasiona uma grande taxa de atividades e comprometendo a efetividade no gerenciamento da produção de saúde, governança clínica e na qualidade dos serviços de saúde ofertados para a população (Ximenes Neto; Sampaio, 2007).

A execução da atividade gerencial requer a utilização de instrumentos de ordem interdisciplinar, considerando a capacidade técnica, mas também a habilidade na articulação das relações político-econômico-sociais existentes no processo de trabalho e na organização dos serviços de saúde (Vanderlei; Almeida, 2007). Antes de tudo, o Gerente precisa cuidar de sua equipe, precisa ser e atuar como um líder, tendo a capacidade de escutar e orquestrar. Para a atividade gerencial, deve conhecer sobre planejamento, estratégias de intervenção, formas de contrato, gestão do trabalho, gestão do conhecimento e gestão de pessoas, além da organização da rede e questões relacionadas à manutenção e infraestrutura de uma unidade de saúde (Franco; Santos; Salgado, 2011).

Todas as orientações para que o trabalho gerencial efetivamente aconteça estão mergulhadas em uma realidade imprevisível em que qualquer decisão tomada implica em permanecer ou mudar processos estabelecidos. Esta constante transformação exige um Gerente líder e autônomo. Esta autonomia também precisa ser estimulada na equipe e nos usuários dos serviços de saúde, mudando estados de consciência para uma gestão e uma produção de saúde mais autônoma e participativa.

Esta configuração gera na atividade do trabalho a nível local, conflitos, sobretudo, para os Gerentes, pois é nesse espaço vivenciado pelos profissionais que ocorre a contradição gerada por lógicas e referências distintas: resultados de saúde e participação social versus o cumprimento de metas acordadas a priori entre contratantes e contratados. A superação de antigos processos administrativos, que se resumiam a resolução de questões relativas a recursos materiais, humanos e de estrutura física, transformou-se em processos mais complexos em que as necessidades de saúde e questões sociais necessitam

de profissionais com boa capacidade de análise, capacidade de ação, aprimoramento de práticas e determinação em alcançar resultados, além de habilidades como liderança para lidar com mudanças e desafios que fazem parte do cotidiano e gerenciamento de uma unidade de saúde (Ramires; Lourenção; Santos, 2004).

Ou seja, para cumprir as diretrizes do novo modelo de atenção que se estrutura a partir da ESF é exigido da equipe e principalmente da gerência, o exercício pleno de uma liderança competente, para que a mesma possa mobilizar processos, vontades e estratégias organizacionais, com o intuito de ampliar os espaços de influência do trabalho em saúde, alcançar as metas estabelecidas pela gestão sanitária municipal, cumprir o que está previsto no Plano Municipal de Saúde (PMS), na Lei n.º 8.080/1990, buscando a efetivação dos princípios do SUS.

Recomenda-se a inclusão do Gerente de AB com o objetivo de contribuir para o aprimoramento e qualificação do processo de trabalho nas UBS, em especial ao fortalecer a atenção à saúde prestada pelos profissionais das equipes à população adscrita, por meio de função técnico-gerencial. A inclusão deste profissional deve ser avaliada pelo gestor, segundo a necessidade do território e cobertura de AB.

A gerência é responsável pela coordenação do processo de trabalho das ESF e indutor das ações articulado aos princípios e diretrizes da PNAB (PNAB, 2017). Entende-se por Gerente de AB um profissional qualificado, preferencialmente com nível superior, com o papel de garantir o planejamento em saúde, de acordo com as necessidades do território e comunidade, a organização do processo de trabalho, coordenação e integração das ações. Importante ressaltar que o gerente não seja profissional integrante das equipes vinculadas à UBS (como descrito anteriormente) e que possua experiência na AB. Considerando a complexidade de gerenciar UBS, faz-se necessário investir em projetos de capacitação voltados para a gestão de UBS, uma vez que os cursos ofertados no mercado ainda estão muito voltados para a administração hospitalar.

Conclusão

Podemos concluir que os maiores desafios enfrentados pelos profissionais perpassam cenários que englobam desde a capacitação para o cargo, até o gerenciamento de pessoas na unidade. Assim, pôde-se visualizar diversos fatores que facilitam e dificultam todo esse processo de trabalho, como a fragilidade na autonomia das decisões, equipes desintegradas, e principalmente, o irregular apoio intersetorial somado ao alto índice de demandas. Podemos esperar que ao criar a cartilha para auxiliar o processo gerencial dos trabalhadores, tendo como base documentos e políticas norteadoras dos serviços de Atenção Primária em Saúde.

Dessarte, com a formação de profissionais imersos em uma potencializada educação permanente, a articulação das portas de entrada do Sistema Único de Saúde se torna integral, equânime e resolutiva, refletindo o esforço contínuo de profissionais que necessitam de suporte das instituições para prosseguirem nesse jornada repleta de desafios.

Referências

ABRUNCIO, F. L.; SANO, H. Promessas e resultados da nossa gestão pública no Brasil: o caso das Organizações Sociais de Saúde em São Paulo. ERA: Revista de Administração de Empresas, v. 48, n 3, 2008.

AGUIAR, A. G. **Serviço social e filosofia**: das origens a Araxá. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BLOISE, M. L. **Os Gerentes de Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro**: perfil, vivências e desafios. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Disponível em < <https://censo2010.ibge.gov.br/f>>. Acesso em 10 de Janeiro de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde Política Nacional de Atenção Básica-. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.

CAMPOS, G. W. S. **Paidéia e gestão**: Um ensaio sobre o apoio à Paidéia no trabalho em saúde, 2001-2003. Disponível em: <https://www.dropbox.com/home/SA%C3%9ADE%20COLETIVA%20UNICAMP/Ges%20t%C3%A3o%20e%20Planejamento?preview=APIO+PAID%C3%89IA.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

CASSEPP-BORGES V., BALBINOTTI M. A. A., TEODORO M. L. M. **Tradução e validação de conteúdo**: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Artmed, 2010.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 266–277, set. 2007.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 7. ed. São Paulo: Cortez; 2005.

CIAMPONE, M. H. T.; ANDRÉ, A. M. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista Escola de Enfermagem**. v. 41, p. 835-40, 2007.

COSTA, N. R. *et al.* Implantação em larga escala da estratégia de Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, Brasil: evidências e desafios. **Revistas científicas em ciências da saúde**, v.26, n. 6, p. 2075-2081, 2021.

COSTA e SILVA, V. **Terceiro setor e parcerias na saúde**: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.

CUNHA, C. L. A. Ecos e reflexos para a Enfermagem Brasileira. 2016. Disponível no site:http://www.corenms.gov.br/artigo-a-pec-552016-pec-2412016-ecos-e-reflexos-para-a-enfermagem-brasileira_9011.html. Acesso em 24 de abril de 2023.

DONALDSON, L. J.; GRAY, J. A. M. Clinical governance: a quality duty for health organizations. **Quality in Health Care**, v. 7, p. 37-44, 1998.

FIOCRUZ. Impactos sociais, econômicos, culturais e políticos da pandemia, 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/impactos-sociais-economicos-culturais-e-politicos-da-pandemia>>. Acesso em 24 de Abril de 2023.

FIOCRUZ. Nova contratualização com o SUS: Estratégias de Governança estadual para garantia da qualidade da rede hospitalar complementar. Disponível em: <http://www.observatoriohospitalar.fiocruz.br/relato-de-experiencia/nova-contratu-alizacao-com-o-sus-estrategia-de-governanca-estadual-para>. Acesso em: 22 maio 2023.

FRANCO, C. M.; SANTOS, S. A.; SALGADO, M. F. **Desafios da média gerência na saúde**. Manual do Gerente: Instituto de Comunicação e Informação, 2011.

GAULEJAC, V. **Gestão como doença social**: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. 3. ed. São Paulo: Idéias & Letras, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

GOES L. F. *et al.* Análise da confiabilidade de um questionário para identificar concepções sobre radicais livres e antioxidantes usando alfa de Cronbach. **Enseñanza de las ciencias**, n. Extra, p. 3997-4002, 2017.

GUIMARÃES, E. M. P.; ÉVORA, Y. D. M. Sistema de informação: instrumento para tomada de decisão no exercício da gerência. **Ciência da Informação**. v.33, n.1, p.72-80, 2004.

LAKATOS, E. **Metodologia do Trabalho Científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

LAVRAS, C. C. C. **Descentralização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS**: Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2011.

LOCK, S. Desafios e Estratégias no gerenciamento de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.43, n especial 6, p- 48-58, 2019.

LUCAS, E. A. J. C. F. *et al.* Os significados das práticas de promoção da saúde na infância: estudo do cotidiano escolar pelo desenho. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4193-4204, set. 2021.

MAFFEI, S. **A criação do cargo de gerente na Estratégia de Saúde da Família**: o caso do Município do Rio de Janeiro. Monografia (Trabalho de conclusão do Curso), Especialização em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

MARTINS, H. F. Política de Gestão Pública no Governo Lula: um campo ainda fragmentado. **Revista sobre a Reforma do Estado**, n. 5, 2006.

MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n.12, p. 4593-4598, 2009.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência – trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. In: CAMPOS, C. R. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998, p. 103-120.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2016.

MINTZBERG, H. The manager's job: folklore and fact. In: VECCHIO, R. P. (ed.). **Leadership**: understanding the dynamics of power and influence in organizations. 2. ed. University Notre Dame Press, Notre Dame Indiana, 2007.

OLIVEIRA, E. X. G. **A multiplicidade do Único**: territórios do SUS. Tese (Doutorado em Saúde Pública), Programa de Pós-graduação em Saúde Pública – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. OMS. Genebra, 1978.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Organização Pan-Americana da Saúde. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Agosto de 2005.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

REZENDE, C. A. P. **O modelo de gestão do SUS e as ameaças do projeto neoliberal**. Texto atualizado. Parecer do Grupo de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde. Projeto de Lei 08/2003, 2004.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Ciência & Saúde coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

STEWART, R. A model for understanding managerial jobs and behavior. **Academy of Management Review**, v. 7, n. 1. p. 7-13, 1982.

TANCREDI, F. B.; BARRIOS, S. R. L.; FERREIRA, J. H. G. **Planejamento em saúde**. São Paulo: FSP/USP, 1998

VANDERLEI, M. I.; GALMEIDA, M. C. P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 443-453, 2007.

XIMENES NETO, F. R. G.; SAMPAIO J. J. C. Gerentes do território na Estratégia Saúde da Família: análise e perfil de necessidades de qualificação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 6, p. 687-95, 2007.

ZALEZNIK, A. **Management of disappointment**. Managers as leaders. A Harvard Business Review Paperback. Harvard Business School Press, 1993.

METODOLOGIAS ÁGEIS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE GERENTES TÉCNICOS DE SAÚDE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA DO PERÍODO DE 2017 A 2023

Elizabeth Santos Botelho
Ana Maria Bezerra Bandeira
Danielle Amaral de Freitas
Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

RESUMO

INTRODUÇÃO: Metodologia ágil (MA), conjunto de técnicas da gestão de projetos destinado à organização e agilidade do trabalho em equipe. **OBJETIVO:** levantamento bibliográfico da produção científica de 2017 a 2023 segundo a Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) acerca do uso das MA na organização processo de trabalho dos gerentes técnicos de saúde nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). **METODOLOGIA:** Realizou-se revisão bibliográfica narrativa disponível na temática, nas bases de dados: “Scopus”, “Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)”, “PubMed”, “SciELO”, “Web of Science” e no Google Acadêmico”. E mapeamento semântico dos termos para compor uma única chave de busca utilizando as palavras-chave. Critérios de inclusão e exclusão foram definidos anteriormente. **RESULTADOS:** Identificou-se 130 artigos, selecionados 122 artigos, das quais duas publicações foram para leitura completa. Após leitura completa, verificou-se não existirem artigos que incluíssem a organização do processo de trabalho e que utilizasse MA na APS ou na ESF. Discussão: Não foram encontradas publicações sobre a utilização de MA associada à APS /ESF como organizador dos processos e das ações dos gestores na APS. **CONCLUSÃO:** Para contemplar a inclusão de inovações em tecnologias digitais e qualidade dos serviços, será necessário incluir estudos

transversais futuros sobre MA na ESF. A aplicação das MA na organização do trabalho contribui para os atributos da APS, gestão de listas, gerenciamento de insumos. Maximiza ação das equipes, agiliza processos, aumentando a satisfação dos profissionais e dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: metodologia ágil; Atenção Primária à Saúde; Estratégia de Saúde da Família; gerentes técnicos de saúde; saúde digital.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Agile Methodology (AM), a set of project management techniques, has been increasingly adopted in various sectors, including healthcare. This study aimed to analyze the scientific production from 2017 to 2023 according to the Digital Health Strategy for AM in the organization of the work process of technical health managers in teams of Family Health Strategy (FHS) and Community Health Agent (CHA). **METHODOLOGY:** A systematic review was conducted using the databases “VHL”, “PubMed”, “Scielo”, “Web of Science” and Google Scholar”. And semantic exclusion criteria were previously defined. **RESULTS:** 130 articles were identified, but after reading completely, there are no articles that include the organization of the work process and that use AM in PHC or ESF. **DISCUSSION:** No publications were found on the use of AM associated with PHC/ESF as an organizer of processes and actions of managers in PHC. **CONCLUSION:** To contemplate the inclusion of innovations in digital technologies and quality of services, it will be necessary to include future cross-sectional studies on MA in the ESF. The application of AM in work organization contributes to the attributes of APS, list management, input management. Maximizes team action, speeds up processes, increasing professional and user satisfaction.

KEYWORDS: agile methodology; Primary Health Care; Family Health Strategy; technical health managers, digital health.

Introdução

As Metodologias Ágeis (MA) são abordagens de gerenciamento de projetos que enfatizam a organização, a flexibilidade, a colaboração do trabalho em equipe, a entrega incremental de produtos, usando como principal objetivo a satisfação do cliente (Lakatos e Marconi, 2003). Inicialmente usado na gestão da produção de softwares, surgiram como uma resposta às limitações de métodos tradicionais de gerenciamento de projetos, como o modelo em cascata, que muitas vezes se mostrava inflexível e demorado (Beck, 2001). Estas metodologias se destacam pela sua eficiência, gerando uma diminuição significativa do tempo gasto para efetuar ações, bem como favorecem à uma maior organização dos processos, com impacto positivo na redução de custos e insumos (Balle *et al.*, 2017).

Segundo Uribe e Ayala (2007) os 12 Princípios da Metodologia Ágil podem ser definidos da seguinte forma:

1. A maior prioridade é satisfazer o cliente através da entrega contínua e adiantada de software com valor agregado;
2. Aceitar mudanças de requisitos, mesmo no fim do desenvolvimento. Processos ágeis se adequam a mudanças, para que o cliente possa tirar vantagens competitivas;
3. Entregar frequentemente software funcionando, de poucas semanas a poucos meses, com preferência à menor escala de tempo;
4. Pessoas de negócio e desenvolvedores devem trabalhar diariamente em conjunto por todo o projeto;
5. Construir projetos em torno de indivíduos motivados, dando a eles o ambiente e o suporte necessário e confiando neles para fazer o trabalho;
6. O método mais eficiente e eficaz de transmitir informações para e entre uma equipe de desenvolvimento é por meio de conversa face a face;
7. Software funcionando é a medida primária de progresso;

8. Os processos ágeis promovem desenvolvimento sustentável. Os patrocinadores, desenvolvedores e usuários devem ser capazes de manter um ritmo constante indefinidamente;
9. Contínua atenção a excelência técnica e bom design aumenta a agilidade.
10. Simplicidade: a arte de maximizar a quantidade de trabalho não realizado é essencial;
11. As melhores arquiteturas, requisitos e designs emergem de times auto-organizáveis;
12. Em intervalos regulares, a equipe reflete sobre como se tornar mais eficaz e então refina e ajusta seu comportamento de acordo.

Em algumas áreas de conhecimento as MA são mais utilizadas, tais como as Engenharias, principalmente na engenharia de Software e de Produção (Sutherland *et al.*, 2019; Sittrop; Crosthwaite, 2021).

Segundo Perkin e Gil (2023), nas áreas de marketing e design estas metodologias permitem que as empresas sejam mais ágeis na criação e lançamento de suas campanhas. No Marketing a revolução ágil tem impactado diretamente sobre as necessidades do cliente e assim como tem gerado uma maior responsividade do mercado. Já no design, a metodologia Design Thinking, tem grande proximidade com as metodologias ágeis, e tem sido amplamente utilizadas em soluções inovadoras e centradas no usuário (Sutherland; Lua, 2019). Na gestão de pessoas, Lawinsky e Assis (2020) refletem sobre a adaptação dos Recursos Humanos (RH) às metodologias ágeis indicando as potencialidades destas ferramentas para melhoria dos processos de gestão de pessoas nas instituições. Ademais, o manifesto do RH ágil descreve seus valores como: redes colaborativas, transparência, adaptabilidade, inspiração e engajamento, motivação intrínseca e ambição em vez de obrigação (Russo *et al.*, 2021). No que concerne à área da saúde as práticas ágeis têm sido aplicadas em grandes hospitais para otimizar processos e reduzir o tempo de espera dos pacientes. Isto porque os gestores dos serviços hospitalares ao adotarem a utilização das MA estão vislumbrando a maximização dos seus resultados

tendo como um dos focos a melhora na qualidade dos cuidados ofertados por estas organizações de saúde (D'andreamatteo *et al.*, 2015).

De acordo com os autores anteriormente citados (2015), as MA têm sido adotadas em diversas partes do mundo, embora a sua implementação possa variar no tipo de metodologia usada, local de aplicação, sistematização e o contexto local. Esses autores afirmam que alguns países se destacam pela aplicação destas metodologias na saúde, a saber: Estados Unidos, Reino Unido, Canadá e Austrália.

Além disso, Luna (2020) descreve a Governança ágil como outra área potencial para a efetiva aplicação das metodologias ágeis. Neste sentido, a governança ágil pode ser estabelecida por princípios: a) pensamento estratégico; b) planejamento; e, c) facilidade de adaptação a possíveis alterações no projeto. O primeiro tem por objetivo fornecer uma visão clara dos processos de trabalho, auxiliando na tomada de decisões a curto e longo prazo e antecipação dos potenciais riscos na tomada de decisões. Da mesma forma, para estes autores o planejamento estratégico promove o alinhamento entre os membros das equipes, estimulando com isso o comprometimento e motivação de todos os envolvidos para o alcance dos objetivos traçados em comum. O segundo visa garantir e o segundo precisa estar focado em ações estratégicas sem que isso altere o ambiente de trabalho e não impacte a produtividade da equipe. Já o terceiro princípio se relaciona com as habilidades necessárias para pôr em prática as ações em um ambiente de constante mudanças.

Desta forma, a equipe precisa estar pronta para responder rapidamente a qualquer mudança de percurso no projeto sem que isso altere as expectativas e os prazos relacionados ao mesmo (Luna *et al.*, 2023). Vacari *et al.* (2015) dizem que as organizações públicas poderiam ter melhores resultados caso utilizassem métodos ágeis. Desta forma, estes autores entendem que o Sistema Único de Saúde (SUS), mas principalmente a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seria bastante beneficiado por esta metodologia.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2017a), por intermédio da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) a gestão de projetos nas equipes da ESF é construída pelo Gerente Técnico de Saúde (GTS). Neste sentido é importante

destacar que o cargo de GTS foi criado na revisão de 2017 da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (Brasil, 2017a) que inseriu oficialmente a figura do gerente técnico de saúde nas unidades da APS. Em 2019, com o lançamento do Programa Saúde na Hora do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria nº 397/GM/MS, de 16 de março de 2020, o cargo de gerente passa a ser subsidiado pelo Governo Federal, provendo o seu custeio aos municípios e Distrito Federal (Brasil, 2020a). Tornando a contratação deste profissional uma exigência para atuação na Atenção Primária à Saúde o Ministério da Saúde definiu as atribuições dos GTS que se circunscrevem em: controlar, planejar, avaliar as políticas públicas, monitorar o território e seus indicadores, organizar os processos de trabalho, coordenar das ações no território e integração da Unidade de Saúde da Família (USF) com outros serviços da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Além disso, o perfil de atuação deste profissional prevê ainda a estruturação do cuidado por intermédio da gestão da clínica e a aproximação da equipe de saúde ao território a que pertence a população sob sua responsabilidade (Brasil, 2017a). Em que pese a necessária eficiência dos equipamentos de saúde, sobretudo da APS, por sua característica modeladora dos sistemas de saúde. Sendo assim, é necessário frisar a importância da adoção de mecanismos que visem proteger os valores empregados na APS à luz dos atributos essenciais e derivativos da APS, quer sejam a APS como porta de entrada do SUS, integralidade, longitudinalidade, coordenação do cuidados, assim como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Da mesma forma para a promoção de práticas de saúde pautadas no conceito ampliado de saúde, ou seja, buscando no paradigma do cuidado as bases para uma atuação que possa atender as reais necessidades da população brasileira, a universalidade, equidade e integralidade, enquanto princípios SUS, são ferramentas potentes para a implementação de ações voltadas para o cuidado em saúde humanizado (Starfield, 2002; Brasil, 2020a).

Diante deste panorama é preciso destacar que a utilização de metodologias ágeis se constitui em um desafio permanente nas organizações de saúde, sobretudo na APS, tendo em vista que nessa área de conhecimento as MA sequer são empregadas de forma institucionalizada. Desta forma para a

inclusão do tema na APS devemos levar em consideração algumas ferramentas consideradas potencializadoras e estratégias indutoras para o incremento das MA. Sob esta ótica ganha relevo a Política Pública denominada Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Que tem como prioridades: criar governança e lideranças para a Estratégia de Saúde Digital, a informatização e o suporte tecnológico aos três níveis de atenção, a literacia digital, a interconectividade entre toda rede de saúde também formando uma rede digital, propiciado pela ambiência em um sistema de inovações. Todos estes quesitos tendo como objetivo principal o usuário SUS (Brasil, 2020c).

Segundo Cavalcante *et al.* (2015) no Brasil, a implantação da Política Nacional de Informatização e Informática em Saúde (PNIIS) se configura em um processo em construção marcado pela necessidade de apontamentos dos entraves e possibilidades para sua efetivação no país. Neste sentido, a análise da conjuntura revela um panorama com avanços lentos e repleto de desafios para sua definição, isto porque tais avanços são predominantemente teóricos, mas há algumas diretrizes desta política em implementação no cenário nacional (Brasil, 2015). Sob esta ótica os autores supracitados (2015) ressaltam que nos anos 1990 a realização das Conferências Nacionais de Saúde foram fundamentais para a realização de reflexões e debates em torno da construção de um novo sistema de saúde brasileiro visando nortear as discussões sobre a política de informação para a área da saúde no Brasil.

No início dos anos 2000, por ocasião da XI Conferência Nacional de Saúde, reconheceu-se que a informação em saúde não tem sido usada adequadamente no SUS, muito embora a mesma seja reconhecida como ferramenta fundamental para o aperfeiçoamento dos processos que envolvem o setor. Apesar de todo esse debate, já realizado há mais de 20 anos, ainda persistem diversos desafios para a efetiva formulação de uma política de informação em saúde que esteve fortemente atrelada à uma correlação de forças políticas, sociais e econômicas em constante tensão (*ibidem*).

Por outro lado, apesar de todos esses entraves, em 2015 o conselho Nacional de Saúde fortaleceu este cenário mediante a inclusão da Saúde Digital,

por meio da publicação da Política Nacional de Informatização e Informática em Saúde. Ao nosso ver, a publicação desta política se constitui como um marco para o Brasil e para o Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro uma vez que estabeleceu diretrizes específicas para orientar, através da interoperabilidade, as ações das unidades de saúde, dos gestores das três esferas de governo, das entidades públicas e privadas de saúde, dos prestadores de serviços, dos profissionais da área de saúde, usuários dos serviços de saúde, bem como das instâncias de controle social. Cabe destacar ainda que em 2020 esta política foi revisada (Brasil, 2015; Brasil, 2021).

Ademais, em 2017, o Ministério da Saúde lança a Estratégia do eSaúde (Brasil, 2017b), primeiro documento de estratégia de eSaúde brasileiro e precursor da política que viria a seguir, já com definições mais claras do que posteriormente se transformaria na Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (ESD 28) (Brasil, 2020c).

Neste mesma lógica, o Ministério da Saúde (2020) afirma que a ESD-28 juntamente com o Plano de Ação, Monitoramento e Avaliação (PAM&A) de Saúde Digital para o Brasil - 2019-2023 normatizaram os conceitos da Saúde Digital baseando-se em outras políticas de saúde como o Plano Nacional de Saúde. A ESD 28 contempla três eixos de ação e sete prioridades (Brasil, 2020b; Brasil, 2016; Brasil, 2020c). Destas prioridades, serão evidenciadas neste estudo a sexta e a sétima, a saber:

A sexta almeja um ambiente de conectividade integrada e colaborativo. E coube a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS) aprimorar a cooperação entre todos os segmentos da saúde, permitindo a aplicação prática de tecnologias, conceitos, padrões, modelos de serviços, políticas e regulamentações (Imprensa Nacional, 2020).

A sétima prioridade é a criação de um Ecossistema de Inovação que descreve avaliação e incorporação de novas tecnologias, oferecendo suporte à incorporação de inovações e utilizando recursos de pesquisa translacional (Brasil, 2020b).

Baseados nestes itens e levando-se em consideração as Políticas Públicas de Saúde Brasileiras é necessário pensar na utilização de uma metodologia e

ferramentas que suportem a implementação de inovações assim como a busca em equipe pela qualidade do serviço. Desta forma, a presente pesquisa teve como objetivo: explorar na literatura científica o uso das metodologias ágeis na organização do trabalho de gerentes na ESF.

Material e métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica, do tipo narrativa, baseada na definição de Marconi e Lakatos (2005) que:

[...] tem por objetivo estudar um foco ou um assunto, não apenas citando partes desses textos, repetindo o que já está escrito, mas sim, conseguir ter uma visão crítica daquilo que está escrito, é uma atividade científica que ajuda a descobrir e entender a realidade [...] (Lakatos; Marconi, 2003).

A pesquisa foi elaborada a partir das seguintes etapas: a) escolha do tema e questões de pesquisa; b) definição dos objetivos; c) determinação dos critérios de inclusão e exclusão para a busca de estudos científicos; d) levantamento bibliográfico nas bases virtuais selecionadas; e) interpretação e análise dos dados encontrados; e, f) apresentação dos resultados. Nessa etapa foi construída uma revisão da literatura científica a partir do levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados “Scopus”, “Biblioteca Virtual de Saúde (BVS)”, “MedLine/PubMed”, “SciELO”, e “Web of Science”.

O uso de um buscador foi usado na tentativa de ser alcançado um maior número de resultados. Utilizou-se vocabulários controlados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Readings (MeSH) e termos livres a fim de aumentar a chance de resultados.

Nestes, realizou-se o mapeamento semântico dos termos representativos para nossa pesquisa que são “Metodologia Ágil”, “Atenção Primária à Saúde”, “Estratégia de Saúde da Família”, “Gerentes Técnicos de Saúde” e “Saúde Digital”.

Foram eles descritos no Quadro 1:

Quadro 1. Descritores e termos livres usados na chave de busca utilizada

CONCEITO	Descritores DeCS	Descritores MeSH	Termos livres / palavras-chave		Termos elencados após análise de sensibilidade
Chave 1: Metodologia ágil/Agile methodology	Não tem descritor	Não tem descritor	Agile methodology Metodologia ágil agile scrum		Agile methodology Metodologia ágil agile scrum
Chave 5 Saúde digital	Estratégias de eSaúde Saúde Digital health strategies	Não tem descritor	eHealth Strategies Digital health		Estratégias de eSaúde “ehealth strategies” “Saude digital” “digital health”
Chave 2 APS	Atenção Primária à Saúde Primary Health Care	Primary Health Care	Unidade básica de saúde Health Care, Primary Primary Healthcare Healthcare, Primary Primary Care Care, Primary	Care, Primary Health	Primary Health Care Atenção Primária à Saúde Unidade básica de saúde Atenção Primária Atenção Básica” OR “Primary Healthcare” = 185.165 Primary Healthcare
Chave 3: Estratégia de Saúde da família (ESF) / National Health Strategies	Estratégias de Saúde Nacionais National Health Strategies	Não tem descritor	National Health Strategies Estratégia Saúde da Família Programa Saúde da Família		Estratégias de Saúde Nacionais National Health Strategies Programa Saúde da Família Estratégia Saúde da Família
Chave 4: Gerentes Técnicos de Saúde /	Gerentes de Casos Case Managers Gestão em Saúde Health Management	Case Managers	Management health Case Manager Manager, Case Managers, Case		“Gerentes de casos” OR “Case Managers” OR “Gestão em Saúde” OR “HEALTH MANAGEMENT” OR “Gerente de saúde” OR “Management health” OR “Case Manager” OR “Manager Case” OR “Managers Case”

Fonte: Elaborado pelos autores.

Posteriormente os descritores e palavras-chave foram analisados e selecionados nas respectivas bases de dados com as estratégias de busca utilizando os operadores booleanos “OR” e “AND” para a confecção de uma única chave de busca representada a seguir:

Quadro 2. Mapeamento Semântico

Base de Dados	Chave Final ((Chave 1 OR Chave 5) AND (Chave 2 OR Chave 3) AND (Chave 4))
Scopus	ALL (“Agile methodology” OR “agile scrum” OR “eHealth Strategies” OR “Digital health”) AND (“Primary Health Care” OR “Healthcare Primary” OR “National Health Strategies”) AND (“Case Managers” OR “Case Manager” OR “Management health” OR “Manager Case” OR “Managers Case”)
BVS	tw: (“Agile methodology” OR “Metodologia ágil” OR “agile scrum” OR “Estratégias de eSaúde” OR “ehealth strategies” OR “Saúde digital” OR “digital health”) AND (“Atenção Primária à saúde” OR “Primary Health Care” OR “Unidade básica de saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Básica” OR “Primary Healthcare” OR “Estratégias de Saúde Nacionais” OR “National Health Strategies” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Programa Saúde da Família”) AND (“Gerentes de casos” OR “Case Managers” OR “Gestão em Saúde” OR “HEALTH MANAGEMENT” OR “Gerente de saúde” OR “Management health” OR “Case Manager” OR “Manager Case” OR “Managers Case”)
Pubmed	(Agile methodology[tiab] OR agile scrum[tiab] OR eHealth Strategies[tiab] OR Digital health[tiab]) AND (Primary Health Care[mh] OR Primary Health Care[tiab] OR Primary Healthcare[tiab] OR National Health Strategies[tiab]) AND (Case Managers[mh] OR Case Manager*[tiab] OR Management health[tiab] OR Manager* Case[tiab])
Scielo	tw: (“Agile methodology” OR “Metodologia ágil” OR “agile scrum” OR “Estratégias de eSaúde” OR “ehealth strategies” OR “Saúde digital” OR “digital health”) AND (“Atenção Primária à saúde” OR “Primary Health Care” OR “Unidade básica de saúde” OR “Atenção Primária” OR “Atenção Básica” OR “Primary Healthcare” OR “Estratégias de Saúde Nacionais” OR “National Health Strategies” OR “Estratégia Saúde da Família” OR “Programa Saúde da Família”) AND (“Gerentes de casos” OR “Case Managers” OR “Gestão em Saúde” OR “HEALTH MANAGEMENT” OR “Gerente de saúde” OR “Management health” OR “Case Manager” OR “Manager Case” OR “Managers Case”)
Web of Science	(“Agile methodology” OR “agile scrum” OR “eHealth Strategies” OR “Digital health”) AND (“Primary Health Care” OR “Healthcare Primary” OR “National Health Strategies”) AND (“Case Managers” OR “Case Manager” OR “Management health” OR “Manager Case” OR “Managers Case”)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os critérios de inclusão de estudos estabelecidos para a revisão foram:

1) Artigos científicos, teses, dissertações de mestrado, monografias e anais de congresso; 2) Publicações com texto completo disponível nas bases de dados consultadas; 3) Publicações nos idiomas português e inglês; 4) Limitado em Humanos; 5) Publicações dos últimos sete anos, a partir do marco da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 e da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), perfazendo o período compreendido entre 2017 e 2023.

Foram estabelecidas nos critérios de exclusão as seguintes produções intelectuais: notas prévias, relatórios parciais (pesquisas em andamento), entrevistas, resenhas, artigos de opinião, conferências e manuais.

A análise dos textos foi feita segundo os pressupostos de Laurence Bardin (2016), nos quais há a indicação da utilização da análise de conteúdo em três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados - a inferência e a interpretação. Na primeira fase é feita uma leitura que tem por objetivo uma verificação primária. Na segunda fase começa a exploração das unidades coletadas e uma investigação mais minuciosa sobre a pertinência dos artigos com o tema. A terceira fase é o tratamento dos resultados, onde os dados verificados são tratados pelo pesquisador para a validação e discussão do seu trabalho (*ibidem*). Não houve necessidade de submissão ao Comitê de Ética por se tratar de pesquisa bibliográfica. Não há conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Resultados e discussão

Como resultados achou-se na intercessão das chaves de busca ((*Chave 1 OR Chave 5*) *AND* (*Chave 2 OR Chave 3*) *AND* (*Chave 4*), um total de 130 resultados. Sendo eles: 1) Scopus : (n=40); 2) BVS :(n=89) ; Pubmed : (n= 1); Scielo: (n=0) ; Web of Science: (n= 0).

Na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) foram excluídos artigos sobre a implementação de prontuários eletrônicos e análises quantitativas sobre sistemas de informação. Para a obtenção dos 73 artigos, foi colocado o filtro temporal de 2017-2023 e o filtro inglês-português apenas excluindo 2 artigos na língua espanhola.

Nas bases Scielo e Web of Science não dispunham de resultados. Na Pubmed, encontramos apenas 1 resultado que não contemplava o tema.

É importante verificar que em todas as bases de dados, foram obtidos inúmeros resultados individualizados em cada chave de busca. Porém com o uso da chave única os resultados em uma pré-análise, segundo Bardin (2016), diminuiram consideravelmente.

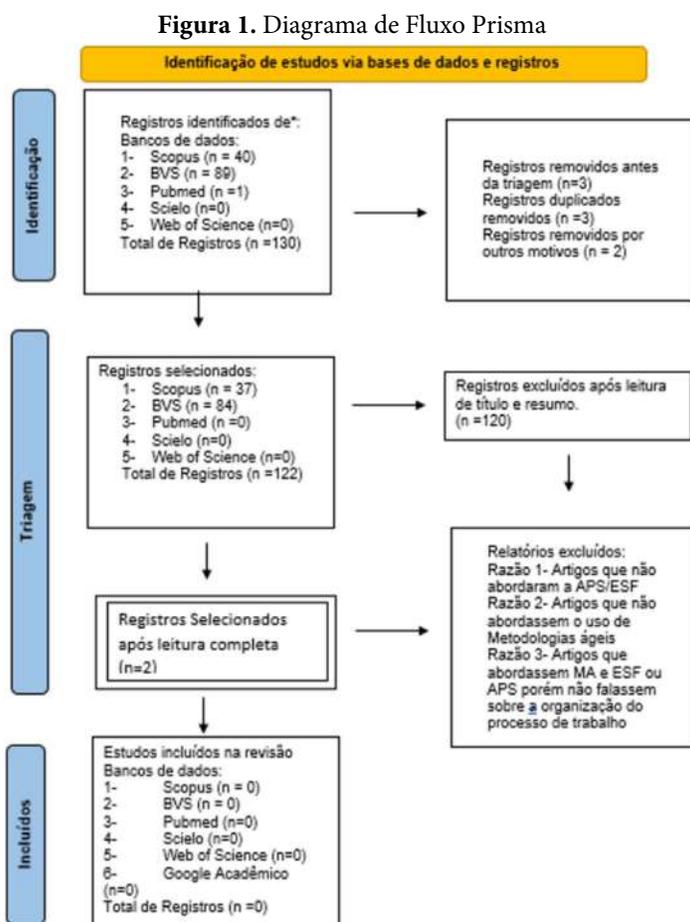
Após a exploração do material obteve-se um total de 190 registros. E foram selecionados: 1) Scopus (n = 40); 2) BVS (n = 89); 3) Pubmed (n =1); 4) Scielo (n=0); 5); Web of Science (n=0). E durante o tratamento dos resultados,

segundo Bardin (2016) verificou-se (n=130) registros excluídos após leitura de título e resumo. Tendo sido selecionados para leitura completa (n=2).

Durante o tratamento dos resultados foram excluídos dos registros as seguintes produções intelectuais: notas prévias, relatórios parciais (pesquisas em andamento), entrevistas, resenhas, artigos de opinião, conferências e manuais.

Desta forma restaram: 1) Scopus (n = 0);2) BVS (n = 0); 3) Pubmed (n=0); 4) Scielo (n=0); 5) Web of Science (n=0). Resultando no total (n =0) registros.

A seguir, são discutidos os principais resultados e sua relevância para o campo de estudo (Figura 1).



Fonte: Elaborado pelos autores.

Para discussão dos resultados desta pesquisa decidimos classificar os 12 princípios da MA da seguinte forma:

- a. princípios voltados para a satisfação do usuários, a saber: 1- A maior prioridade é satisfazer o cliente através da entrega contínua e adiantada de software com valor agregado; 2 - Aceitar mudanças de requisitos, mesmo no fim do desenvolvimento. Processos ágeis se adequam a mudanças, para que o cliente possa tirar vantagens competitivas; e, 3 - Entregar frequentemente software funcionando, de poucas semanas a poucos meses, com preferência à menor escala de tempo.
- b. princípios voltados para a organização do processo de trabalho, a saber; 7 - Software funcionando é a medida primária de progresso; 8 - Os processos ágeis promovem desenvolvimento sustentável. Os patrocinadores, desenvolvedores e usuários devem ser capazes de manter um ritmo constante indefinidamente; 9 - Contínua atenção a excelência técnica e bom design aumenta a agilidade; 10 - Simplicidade: a arte de maximizar a quantidade de trabalho não realizado é essencial; e, 11 - As melhores arquiteturas, requisitos e designs emergem de times auto-organizáveis.
- c. princípios voltados para a otimização do trabalho em equipe, a saber: 4 - Pessoas de negócio e desenvolvedores devem trabalhar diariamente em conjunto por todo o projeto; 5 - Construir projetos em torno de indivíduos motivados, dando a eles o ambiente e o suporte necessário e confiando neles para fazer o trabalho; 6 - O método mais eficiente e eficaz de transmitir informações para e entre uma equipe de desenvolvimento é por meio de conversa face a face; e, 12 - Em intervalos regulares, a equipe reflete sobre como se tornar mais eficaz e então refina e ajusta seu comportamento de acordo.

Destes princípios iremos discorrer na discussão sobre a relação dos princípios que dialogam com a satisfação dos usuários buscando interfaces que evidenciam a importância da utilização das MA para a melhoria da prestação

do cuidado em saúde no contexto da APS. São esses princípios: 1- A maior prioridade é satisfazer o cliente através da entrega contínua e adiantada de software com valor agregado; 2 - Aceitar mudanças de requisitos, mesmo no fim do desenvolvimento. Processos ágeis se adequam a mudanças, para que o cliente possa tirar vantagens competitivas; e, 3 - Entregar frequentemente software funcionando, de poucas semanas a poucos meses, com preferência à menor escala de tempo.

É importante destacar que no SUS e por conseguinte na APS temos como ferramentas estruturantes: a universalidade, a regionalização, a hierarquização, a territorialização, bem como a orientação das ações em saúde voltadas para população adscrita, o cuidado centrado na pessoa-família-comunidade, a resolutividade, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado, a ordenação em rede e a participação da social e da comunidade (Starfield, 2002).

Desta forma pode-se, entendemos que seja possível a aproximação de alguns princípios da MA com as os princípios norteadores da APS, da seguinte forma:

Quadro 3. Aproximação entre MA e APS nos princípios voltados para a satisfação dos usuários

Princípios MA	Princípios APS
A maior prioridade é satisfazer o cliente	cuidado centrado na pessoa
Aceitar mudanças de requisitos	coordenação do cuidado e longitudinalidade
Entregas frequentes de software funcionando	Resolutividade

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os resultados desta pesquisa revelam que na APS existe uma lacuna científica na associação dos temas referentes à utilização de MA e a APS. O que nos parece preocupante uma vez que a APS é a responsável pela organização do acesso da população às redes de saúde e a ordenação do cuidado (Starfield, 2002), Isto exige de seus trabalhadores o planejamento de ações e projetos, gestão

de equipes e processos de trabalho diferenciado para resolução de problemas, tomada de decisões e melhoria contínua dos serviços (Brasil, 2017a).

Desta forma o uso das MA na ESF poderia proporcionar grande impacto positivo para a APS, provendo maior efetividade, melhor gestão do tempo e de recursos, mais dinamismo nas ações, melhoria na qualidade dos serviços, potencialização da gestão de listas nos atendimentos prioritários. Da mesma forma, as MA podem incrementar as ações de vigilância em saúde, bem como a gestão do cuidado nas USF criando espaços para a ampliação dos projetos terapêuticos singulares, uma vez que estas metodologias são focadas no indivíduo (D'andreamatteo *et al.*, 2015).

Sendo assim, as MA além de promover a melhora na qualidade dos serviços, pode favorecer a criação de um ambiente de trabalho capaz de gerar maior interação da equipe de saúde entre si e com os usuários, gerando desta forma a maior satisfação dos profissionais. No que concerne a organização de saúde, as MA promovem um aumento do dinamismo e efetividade nas ações, gerando excelentes resultados nos indicadores institucionais. Da mesma forma, com o aperfeiçoamento dos processos de trabalho ocorre uma maior satisfação também dos usuários e suas famílias, pela melhoria na prestação dos serviços de saúde (Balle, 2011).

Em outras palavras, o autor anteriormente citado afirma que (2011) as MA têm por objetivo a flexibilidade, adaptação e foco no resultado agilizando processos para facilitar a comunicação, o trabalho em equipe, a inter-relação das pessoas, a transparência, a melhora na educação continuada e conseqüentemente as inovações em equipe (*ibidem*).

Finalmente, o uso das metodologias ágeis poderia otimizar o tempo de trabalho do gerente e dos profissionais melhorando a relação interpessoal e o trabalho em equipe. Os resultados da presente revisão narrativa revelam lacuna existente na produção científica nacional e internacional no que concerne à temática em estudo. Desta forma, fica evidente a necessidade de realização de estudos e pesquisas sobre a utilização das Metodologias Ágeis (MA) na organização do processo de trabalho dos gerentes técnicos de saúde (GTS) das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na APS.

Como sugestão verifica-se a necessidade de utilizá-la não só na gestão mas em todo o fluxo de trabalho da APS, implementando-o para que haja a efetiva literacia digital em toda a rede de atenção, gerando a conectividade do sistema de saúde diariamente e com a finalidade de melhora na qualidade dos serviços. E como oportunidade para a gestão de projetos, o avanço do conhecimento e na qualidade dos serviços, através da utilização de ferramentas digitais, especialmente no contexto da inclusão das metodologias ágeis e na saúde digital.

Conclusão

Esta revisão bibliográfica foi realizada com a finalidade de identificar, sistematizar e avaliar evidências científicas que demonstrassem a aplicação da metodologia ágil na Atenção Primária à Saúde e a ESF. Entretanto, não foram encontrados resultados na literatura que demonstrassem o uso de metodologias ágeis na organização do trabalho da APS ou da ESF. Evidenciando uma lacuna de conhecimento sobre a temática investigada.

Convém destacar como avanço, o fato de terem sido encontrados muitos artigos sobre o uso da Saúde Digital principalmente na organização e controle de situações em saúde e listas de controle de usuários dos serviços de saúde. Porém nenhum destes artigos faz menção ao uso de metodologias ágeis na organização do trabalho do gerente. O que nos leva a perceber a necessidade de realização de outros estudos para que sejam produzidas evidências científicas elucidativas sobre as questões que envolvem a utilização de metodologias ágeis no contexto da organização do trabalho na APS.

Cabe ao Governo Federal, ao Ministério da Saúde, aos entes Federativos e às suas respectivas Secretarias de Saúde a implementação efetiva da Política da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028. Acreditamos que esta iniciativa conjunta possa proporcionar a efetiva informatização e integração dos três níveis de atenção, o suporte, a ambiência, o ambiente de interconectividade e um ecossistema de inovação. O investimento na informatização da saúde exige a aplicação de recursos e de pessoal qualificado para garantir a

implementação das melhores práticas, testadas e validadas principalmente por profissionais da APS. Outrossim, cabe também às Universidades ser um instrumento formativo para o desenvolvimento destas habilidades de forma multidisciplinar para a extensão do domínio destes saberes para áreas da saúde que ainda não foram contempladas. E finalmente cabe aos gerentes de saúde aprimorar diariamente seus conhecimentos em prol da melhora na qualidade, agilidade e facilitação dos serviços de saúde, impactando toda a rede até o usuários, família e comunidade.

Referências

BALLE, A. R. **Análise de Metodologias Ágeis**: Conceitos, Aplicações e Relatos sobre XP e Scrum. Trabalho de Conclusão de Curso (Ciência da Computação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2011.

BALLE, A. *et al.* How do Knowledge Creation and Knowledge Sharing Happen in Software Development Methodologies? In: **PROCEEDINGS OF THE 18TH EUROPEAN CONFERENCE ON KNOWLEDGE MANAGEMENT (ECKM 2017)**, v. 1 and 2, 2017, p. 62–70.

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

BECK, K. *et al.* **Manifesto for Agile Software Development**. [S. l.: s. n.], 2001. Disponível em: <https://agilemanifesto.org/>. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. Política Nacional de Informatização e Informática em Saúde (PNIIS). **Portaria nº 589, de 20 de maio de 2015**. Brasília, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0589_20_05_2015.html. Acesso em: 5 nov. 2024.

BRASIL. **Plano Nacional de Saúde 2016-2019**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bibliotecadigital.economia.gov.br/handle/123456789/1048>. Acesso em: 23 jun. 2024.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica - PNAB. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília, 2017a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 31 maio 2024.

BRASIL. Estratégia e-Saúde Brasileira. **Resolução nº 19, de 22 de junho de 2017**. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 25, 2017b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0019_13_07_2017.html. Acesso em: 23 abr. 2020.

BRASIL. Programa Saúde na Hora. **Portaria nº 397, de 16 de março de 2020**. Brasília, 2020a. Disponível em: <file:///C:/Users/bethb/Downloads/1.1%20REVISAO%20BIBLIOGRAFICA/Portaria%20n%C2%BA%20397,%20de%2016%20de%20mar%C3%A7o%20de%202020.pdf>.

BRASIL. Plano de Ação. **Monitoramento e Avaliação da Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2019-2023**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/seidigi/publicacoes/pama-para-o-brasil-2019-2023.pdf>. Acesso em: 5 dez. 2024.

BRASIL. Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028 (D28). **Portaria nº 3.632**. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 2020c. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3632_22_12_2020.html. Acesso em: 5 dez. 2024.

BRASIL. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS). **Portaria GM/MS nº 1.768, de 30 de julho de 2021**. Diário Oficial da União, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt1768_02_08_2021.html. Acesso em: 9 nov. 2024.

CAVALCANTE, R. B. *et al.* Panorama de definição e implementação da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 960–970, maio 2015.

D'ANDREAMATTEO, A. *et al.* Lean in healthcare: A comprehensive review. **Health Policy**, [S. l.], v. 119, n. 9, p. 1197–1209, 1 set. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851015000366>. Acesso em: 2 jul. 2023.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. D. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003. Disponível em: https://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/vie.w. Acesso em: 5 nov. 2024.

LAWINSCKY, F. M. M.; ASSIS, V. C. Sou RH ágil, e agora? **Revista Inteligência Empresarial**, [S. l.], v. 42, n. 12, 2020. Disponível em: <file:///C:/Users/bethb/Downloads/12-Texto%20do%20Artigo-12-18-10-20210407.pdf>.

LUNA, A. *et al.* Agile Governance Manifesto contemporary reading: Unveiling an Appreciative Agenda. **Journal of Information Systems and Technology Management**, [S. l.], v. 20, p. e202320006, 2023. Disponível em: <https://www.tecsi.org/jistem/index.php/jistem/article/view/3268/772>. Acesso em: 13 abr. 2024.

IMPrensa NACIONAL. Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS). **Portaria nº 1.434**. Portal da Imprensa Nacional do Brasil. Diário Oficial da União, seção 1, Brasília, v. 102, p. 231, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-1.434-de-28-de-maio-de-2020-259143327>. Acesso em: 5 nov. 2024.

PERKIN, N.; GIL, L. R. **Agile Marketing**: como as metodologias ágeis e o uso de dados estão revolucionando a gestão do marketing. 1. ed. São Paulo: Autêntica Business, 2023.

RUSSO, R. F. S. M.; SILVA, L. F.; LARIEIRA, C. L. C. Do manifesto ágil à agilidade organizacional. **Gestão e Projetos**: GeP, [S. l.], v. 12, n. 1, p. 1–10, 2021.

SANTOS, S. F. dos. **Gestão de projetos ágeis**: um estudo de caso sobre a percepção da liderança na gestão pública de saúde. Monografia (Trabalho de Conclusão do Graduação – Curso de Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

SITTROP, D.; CROSTHWAITE, C. Minimising Risk - The Application of Kotter's Change Management Model on Customer Relationship Management Systems: A Case Study. **Journal of Risk and Financial Management**, v. 14, n. 10, out. 2021.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 31 maio 2024.

SUTHERLAND, J. J.; LUA, N. **Scrum**: A arte de fazer o dobro do trabalho na metade do tempo. 1. ed. [S. l.]: Editora Sextante, 2019.

VACARI, I.; PRIKLADNICKI, R. **Um estudo empírico sobre a adoção de métodos ágeis para desenvolvimento de software em organizações públicas**. Dissertação (Mestrado em Ciência da Computação) – Programa de Pós-Graduação em Ciência da Computação, Faculdade de Informática, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2015.

SCIENTIFIC PRODUCTION IN PRIMARY HEALTH CARE AND THE DEVELOPMENT OF INTERNATIONAL COLLABORATIVE NETWORKS

Clarissa Terenzi Seixas
Carla Cristina Donatti
Lorena Brito
Elisangela de Assis Ferreira
Dominique de Macedo Santoro
Mariana Cerqueira de Salles Soares

RESUMO

O artigo examina a relação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a pesquisa científica, destacando as contribuições do Brasil por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). A APS, exemplificada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), tem melhorado o acesso à saúde, reduzido desigualdades e aprimorado resultados para populações vulneráveis. Enfatiza a integração do conhecimento local à pesquisa acadêmica, citando iniciativas como o Mestrado Profissional em APS da UFRJ e projetos comunitários como o “Vacina Maré”. Esses esforços conectam academia e prática, promovendo abordagens participativas. O artigo destaca a importância da disseminação de resultados e da colaboração internacional, especialmente as parcerias do Brasil com a França, que visam descolonizar práticas científicas e criar soluções inovadoras. Concluindo com um apelo para unir academia, políticas e serviços, posiciona a pesquisa em APS como essencial para reimaginar sistemas de saúde e enfrentar desafios globais na área da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: colaboração científica; cooperação internacional; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The article examines the relationship between Primary Health Care (PHC) and scientific research, highlighting Brazil's contributions through its Unified Health System (SUS). PHC, exemplified by the Family Health Strategy (FHS), has improved health access, reduced inequalities, and enhanced outcomes for underserved populations. It emphasizes integrating local knowledge into academic research, citing initiatives like the Professional Master's in PHC at UFRJ and community-driven projects such as "Vacina Maré." These efforts bridge academia and practice, fostering participatory approaches. The article underscores the importance of disseminating findings and international collaboration, particularly Brazil's partnerships with France, which aim to decolonize scientific practices and create innovative solutions. Concluding with a call to unite academia, policies, and services, it positions PHC research as essential for reimagining health systems and addressing global health challenges.

KEYWORDS: scientific collaboration; international cooperation; Primary Health Care.

Introduction

Scientific production in the field of Brazilian public health has never been separated from the struggles of workers, managers, and various community actors in defending health as a fundamental human right. Primary Health Care (PHC) has served not only as a key space for debating projects over the years but also as a fertile ground for producing knowledge in a democratic and participatory way, as well as for practices deeply rooted in communities and territories.

In this sense, we can imagine that the knowledge produced in Brazil over these 35 years of the Unified Health System (SUS) and 30 years of PHC constitutes a broad and unrestricted contribution, likely to interest various countries that, whether timidly or prominently, are betting on PHC as a cornerstone for reorganizing their health systems. This shift comes in response

to the rapid and drastic demographic, epidemiological, environmental, and social changes that demand equally radical adaptations and reconfigurations.

This three volume book encompasses a small portion of the rich production developed over the last decade by PHC workers and managers in the state of Rio de Janeiro, aiming to tackle everyday challenges and seek scientifically grounded and creative solutions. Without overlooking the specificities of the Rio context, we believe that the issues addressed and the reviews they inspired may encourage and contribute to reflections by practitioners in their own practice contexts, both in Brazil and around the world.

Brazilian Primary Health Care as a Field of Research and a Knowledge-Producing Force

Since the late 1970s, various countries around the world have sought to restructure their health systems. Countries like Canada, England, and Brazil, among others, have demonstrated the success of models that focus on strengthening Primary Health Care (PHC) as a central strategy for improving access to healthcare and system efficiency. With an integral and community-centered approach, PHC stands out for its capacity to comprehensively address people's health needs and demands, reaching territories and populations previously excluded, thereby contributing to the reduction of social inequalities.

Thus, epidemiologists and analysts from different disciplines, such as public health or sociology, have been unanimous in identifying the structuring and strengthening of PHC as one of the central pillars of Brazil's health policy. Over the past 30 years, this has led to an increase in population coverage, a reduction in health inequalities (Hone *et al.*, 2017; Jesus *et al.*, 2022), and a significant improvement in health indicators and outcomes for the Brazilian population, such as a decrease in hospital admissions for conditions preventable through primary care (Santos *et al.*, 2022).

In Brazil, the Family Health Strategy (FHS) has been the PHC model implemented since 1994 (OECD, 2021b; Ortega; Pele, 2023), allowing for expanded access to healthcare and a reduction in inequalities (Giovanella *et al.*,

2019). Alongside the Unified Health System (SUS), the FHS is globally recognized as a successful strategy and is considered one of the largest community-based primary healthcare programs in the world, reaching 51,369 teams across 99.17% of Brazilian municipalities as of December 2023 (Brasil, 2023). This represents 80% of the population covered by some form of PHC, including teams serving the incarcerated population, Indigenous health teams, riverine and mobile health teams in remote areas of the Amazon and Pantanal, and street outreach teams for the homeless in large urban centers (Lima *et al.*, 2021).

This diversity of contexts in which PHC teams have been developing their practices, over at least the past 30 years, undeniably constitutes an inexhaustible source of raw data with high potential for knowledge generation. The 1988 Brazilian Constitution, which for the first time enshrines health as a right for all and a duty of the State, also defines in Article 200, Clause V, that it is the responsibility of the health system to “promote scientific and technological development in its field” (Brasil, 1988). Law No. 8.080, of September 19, 1990 (Brasil, 1990), reinforces this role and includes in its text the encouragement of knowledge transfer between universities, research institutes, and health services.

But how can we transform the potential generated by the knowledge and practices developed within the territories by and with the communities and workers of the SUS into scientific and technological knowledge that can be shared and that, in a virtuous cycle, influences the creation of public policies, health services, the practices of other workers, and the lives of people within their communities?

To achieve this, it is necessary to overcome many obstacles and rely on a set of crucial elements in the process of producing, communicating, and utilizing study results in topics of interest not only to academia but also to managers, health workers, and SUS users. Among these elements, we would like to highlight three that we consider fundamental: the first is the openness and receptiveness of academia to the voices and perspectives from the territories, conveyed by PHC workers and managers; the second is the ability to communicate and disseminate the rich production that has been

generated, thanks to the energy and involvement of these actors; and the third is the creation of national and international collaborative networks that bring together researchers from educational and research institutions, as well as PHC workers, managers, and users, to develop studies.

Bringing In and Producing Outward: Connections Between Primary Health Care and the Academic World

With regard to the first element, we believe that UFRJ's creation of the Professional Master's Degree in Primary Health Care, seeking to bring PHC managers and workers into the academic space as RESEARCHERS (and not just as sources or informants in research), is an important step on the road to producing research that is closer to the daily life and concrete reality of the territories, and is therefore capable of generating significant changes. This has also been the proposal of other teaching and research institutions that have invested in producing with the various actors in the territory, bringing them in or taking a step towards them by inserting themselves in the territories in a more tangible way.

As an example, we can cite the 'Vacina Maré' research conducted by Fiocruz in association with the Rio de Janeiro City Hall and the NGO Redes da Maré - created in 2007 by residents and former residents of Complexo da Maré, one of the largest favela complexes in Rio de Janeiro - and started in 2021 in the 16 communities of the complex based on the engagement of the community itself. The study involved around 10,000 volunteers for timely SARS-Cov 2 testing and SARS-CoV 2 vaccination at the height of the Covid-19 pandemic, and its results and findings are part of a global investigation into vaccination, disease variants and post-covid effects (Ranzani *et al.*, 2022). This integration, which has also taken place in countries such as Canada, England, Germany and Spain, has strengthened PHC in these countries and valued the specialty and the professionals linked to it. It is worth remembering that this production and the dissemination of its results must be made viable through the support of research funding bodies (Norman, 2013).

Once the challenges of knowledge production have been overcome, the socialization of results is the next element for these studies to be able to adequately communicate their results (Moorais *et al.*, 2018) and prompt reflection and change. In an article that sought to develop strategic recommendations to strengthen PHC in Brazil based on consultation with experts, the production of scientific knowledge and the dissemination of innovative and successful experiences were considered strategies for defending and strengthening PHC (Tasca *et al.*, 2020).

In a review carried out in 2020 to analyze the production on PHC published in the first 25 years of one of the most renowned Brazilian Collective Health journals, Bousquat *et al.* (2020) observed a growing trend of articles on PHC, and a predominance of studies of local or municipal scope, with the main themes being the care model, the performance or effectiveness of PHC and the work process. The authors conclude by recognizing the richness and diversity of the production and highlight its contribution to reflection and dissemination of the Brazilian PHC experience, but point to the need to incorporate broader analyses. In addition to the types of analysis, we believe that sharing in other journals, formats and languages are also essential steps so that this production can reach the daily routine of the services, but also reach audiences other than Brazilians, who could certainly learn from the Brazilian experience.

(Re)Exploring Horizons and Creating New Worlds: The Importance of Scientific Research and Knowledge Exchange in Primary Health Care

Scientific dissemination in PHC is undoubtedly essential for improving health policies and care practices, bringing health workers and communities together to tackle problems. However, more than access to and consumption of knowledge produced in other countries, we believe that the production of knowledge in Brazilian PHC has a lot to contribute to improving policies and processes in countries that have invested in PHC as a strategy for reorganizing their health systems. In this sense, building national and international

collaborative networks is an important way to deepen reflections on the reorganization of health systems, reaffirming the right to health through international cooperation.

Crossing the Atlantic, with the genuine intention of expanding and consolidating this idea of a permanent network for the exchange of knowledge between nations, Brazil and France have recently strengthened multidisciplinary cooperation ties through the New Action Plan for the Brazil-France Strategic Partnership (Brasil, 2024). From this initiative, we highlight the promotion of scientific production and exchange between public health training centers, including incentives for exchange programs and technical training, as well as the joint development of excellent research on topics such as cancer, emerging and neglected infectious diseases, neurodegenerative diseases and inflammatory autoimmune diseases. Taking into account the social determinants of health, this action plan has, among its objectives, the aim of producing knowledge that contributes to reducing inequalities within and between the two countries, in a move away from old colonial worlds of extraction of technical inputs and the imposition of plastered methodological manufactures, towards the production of new worlds of coexistence of the diversity of knowledge that mutually nourishes and strengthens the production of care. The sharing between these countries contributes with important lessons that can be applied mutually, with emphasis on the need for structural reforms that France has been undergoing.

These transnational cooperation actions, especially between Brazil and Europe, often encounter tensions deriving from historical legacies of colonization, which influence power dynamics, especially in scientific production. In this context, these partnerships can boost the decolonization of thought and the symmetry of relations, establishing new flows of knowledge consumption. The aim is to create an emancipatory movement, empowering health teams as transformative collectives and researchers, questioning the power relations that prevent change. We hope that this work will serve as an instrument of decolonial cooperation, strengthening equitable relations

between the global South and North by recognizing that differences enrich points of view and enhance creativity and innovation.

By comparing the experiences of different countries, it is possible to identify how these scientific and practical exchanges are fundamental to overcoming local and global health challenges. Collaborative research between countries not only strengthens symmetrical relations between nations, but also enriches the way we look at health problems and creates innovative solutions. The international extension of successful Brazilian public health experiences carries with it key conceptual choices of the SUS (such as universal access, decentralization, popular participation, among others), which link the guarantee of social rights and development in a comprehensive manner. This exchange of experiences and the creation of spaces for international cooperation not only promote innovation in health practices, but are also essential for formulating more inclusive and efficient public policies that can improve the population's health outcomes and optimize health systems in a sustainable way.

Conclusion

As presented by Morais *et al.* (2018), there is still a mismatch and little permeability between the world of academia - centered on scientific production - and the world of health policies and services - organized by generalist regulations, protocols and manuals. Progress has been made to encourage the production of knowledge anchored in the daily lives of communities and workers in the territories, and its subsequent incorporation to change policies, services and practices, but the path is not simple. On the other hand, managers are not very involved in the process of producing and using knowledge.

Cross-regional and transnational barriers also need to be overcome in this desire to abandon archaic and hierarchical health practices in order to produce knowledge and care that is full of diversity and symmetry, centered on PHC users and sensitive to their reality and individuality. In a global scenario

marked by common challenges such as an ageing population, an increase in chronic conditions and a shortage of health professionals, the communication and development of scientific research in PHC from a comparative perspective is essential for the creation of innovative and effective solutions. The experiences reported in this text demonstrate how research in collaborative networks and the exchange of knowledge can contribute to strengthening health policies and improving PHC.

We hope that this book will be a source of encouragement for the development of new connections between academia and PHC workers and managers in the territories, creating real communities for exchanging experiences, practices, tools, methodologies and affections. We also hope that it can inspire services around the world that are seeking answers to everyday problems which, while recognizing their geographical and cultural particularities, are common - terribly common - to health systems and services around the world.

References

BRASIL. Ministério das Relações Exteriores. **Nota à Imprensa Nº 137**. Atos adotados por ocasião da visita ao Brasil do Presidente da França, Emmanuel Macron - 28 de março de 2024. Atualizado em 28 mar. 2024. Disponível em: https://www.gov.br/mre/pt-br/canais_atendimento/imprensa/notas-a-imprensa/atos-adotados-por-ocasio-da-visita-do-presidente-da-franca-emmanuel-macron-ao-brasil#PlanoAcao. Acesso em: 20 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 635, de 22 de maio de 2023**. Disponível em: https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt0635_22_05_2023.html. Acesso em: 20 out. 2024.

BOUSQUAT, A. *et al.* Primary health care in the 25 years of *Journal Ciência & Saúde Coletiva*. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 12, p. 4745-4756, dez. 2020.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata à Astana. Atenção Primária à Saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00012219>. Acesso em: 20 out. 2024.

HONE, T. *et al.* Large Reductions in Amenable Mortality Associated with Brazil's Primary Care Expansion and Strong Health Governance. **Health Affairs (Project Hope)**, v. 36, n. 1, p. 149158, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0966>. Acesso em: 20 out. 2024.

JESUS, G. S. *et al.* The effect of primary health care on tuberculosis in a nationwide cohort of 7.3 million Brazilian people: A quasi-experimental study. **The Lancet Global Health**, v. 10, n.

3, p. e390e397, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00550-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00550-7). Acesso em: 20 out. 2024.

LIMA, R. T. de S. *et al.* Saúde em vista: uma análise da Atenção Primária à Saúde em áreas ribeirinhas e rurais amazônicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 20532064, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021266.02672021>. Acesso em: 20 out. 2024.

MORAIS, J. B. *et al.* Avaliação das pesquisas nos cenários da Atenção Primária à Saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 783-793, jul. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180211>. Acesso em: 20 out. 2024.

NORMAN, A. Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 8, n. 27, p. 77-79, 2013.

OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>. Acesso em: 20 out. 2024.

ORTEGA, F.; PELE, A. Brazil's unified health system: 35 years and future challenges. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 28, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100631>. Acesso em: 20 out. 2024.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05592018>. Acesso em: 25 out. 2024.

RANZANI, O. T. *et al.* Efetividade vacinal do ChAdOx1 nCoV-19 contra COVID-19 em uma comunidade socialmente vulnerável no Rio de Janeiro, Brasil: um estudo de desenho com teste negativo. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 28, n. 5, p. 736.e1-736.e4, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cmi.2022.01.032>. Acesso em: 20 out. 2024.

SANTOS, F. M. dos *et al.* Admissions due to ambulatory care-sensitive conditions (ACSC): an analysis based on socio-demographic characteristics, Brazil and regions, 2010 to 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 25, p. e220012, 2022.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 44, p. e4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.4>. Acesso em: 20 out. 2024.

Publicações Editora Rede UNIDA

Série:

Rádio-Livros em Defesa do SUS e das Saúdes
Ética em pesquisa
Participação Social e Políticas Públicas
Pensamento Negro Descolonial
Mediações Tecnológicas em Educação e Saúde
Educação Popular & Saúde
Saúde Mental Coletiva
Atenção Básica e Educação na Saúde
Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde
Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde
Saúde & Amazônia
Saúde Coletiva e Cooperação Internacional
Vivências em Educação na Saúde
Clássicos da Saúde Coletiva
Cadernos da Saúde Coletiva
Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade
Conhecimento em movimento
Arte Popular, Cultura e Poesia
Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico
Branco Vivo
Saúde em imagens
Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes
Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-5462-170-0



9 786554 1621700