

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

2

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 Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

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

VOLUME 2

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 Ceccon, 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 Lorigo (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 2 / 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. 59).

E-book: 4.80 Mb; PDF

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-65-5462-168-7

DOI: 10.18310/9786554621687

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
----------------	---

Roberto José Leal

APRESENTAÇÃO	11
--------------------	----

Eduardo Alexander Júlio César Fonseca Lucas

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA	15
---	----

Larissa Torres Santos Alves, Victor Costa da Silva, Alicia Regina Navarro Dias de Souza, Leonardo Graever

A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRISIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	33
---	----

Leonardo Pereira Pacheco, Leonardo Graever

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA	53
---	----

Leone Almeida da Matta Gonçalves, Hercules Rossoni Bozzato, Mariana Leal Rodrigues

A FORMAÇÃO EM PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	69
---	----

Lídia da Silva Pereira de Oliveira, Mirna Teixeira Leonardo Graever, Ana Laura Brandão

CLÍNICA AMPLIADA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA	87
---	----

Tatiane da Silva Cruz, Paulo Rogério Nunes Barbosa, Mirella Giongo

QUESTÕES ÉTICAS NO USO DAS REDES SOCIAIS VIRTUAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	115
--	-----

Thayna dos Santos Miranda, Lucy Ana Migueles do Nascimento, Mariana Leal Rodrigues, Cláudia Lima Campos Alzuguir

AÇÕES DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA 131

Mariana Areas, Ana Laura Brandão, Leonardo Graever

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 153

Beatriz Arcanjo de Almeida, Mirella Giongo, Danielle Amaral de Freitas, Katerine Moraes dos Santos

TRAJETO HISTÓRICO DAS FAVELAS CARIOCAS NO SÉCULO XX SOB A ÓTICA DAS POLÍTICAS DE HABITAÇÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA 167

Guilherme Vieira de Araujo, Lima Tatiana Rodrigues de Araujo, Eleuterio Eduardo, Alexander Júlio César Fonseca Lucas

O USO DA CANNABIS MEDICINAL NOS SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 195

Mariana Lopes Giusti, Tiago Braga do Espírito Santo

REVISÃO INTEGRATIVA: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA INTEGRANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA 213

Sara da Silva Macruz, Roberto José Leal

MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO/ FUNCIONAMENTO EM UNIDADES MILITARES 229

Bruno Cardoso do Nascimento, Danielle Amaral de Freitas, Katerine Moraes dos Santos, Ana Maria Bezerra Bandeira

PREFÁCIO

O 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, protagonista na formação de quadros para o Sistema Único de Saúde, visa capacitar os profissionais da atenção básica do município do Rio de Janeiro, em maior número, de outras regiões do Estado do Rio de Janeiro, e de fora deste também. Ao longo do ano de 2024 muitas foram as iniciativas no sentido de estimular docentes e discentes do programa em consolidar práticas diferenciadas para responder às perguntas e inquietações das suas produções científicas. O livro “Multiprofissionalidade e Diversidade Temática na Atenção Primária à Saúde: revisões bibliográficas como ferramenta para produção do conhecimento”, editado em três volumes, totalizando 34 capítulos, é resultado de uma construção coletiva dos profissionais de saúde de diversas categorias que compõe o MPAPS. O volume II possui 12 capítulos e tem como objetivo apresentar alguns textos com revisões narrativas e integrativas que nos apresentam formulações para compreensão da situação contemporânea das temáticas apresentadas, bem como refletir sobre o enfrentamento do seu presente, como por exemplo, “o processo de trabalho na Atenção Primária; o cuidado na atenção primária à saúde prisional; a percepção dos profissionais da APS sobre a Pandemia da COVID; preceptoria em programas de residência multiprofissional na APS; saúde bucal na APS; questões éticas no uso das redes sociais virtuais na APS; melhoria contínua da qualidade em serviços de atenção primária; violência doméstica contra a mulher; favelas cariocas no século XX sob a ótica das políticas de habitação; cannabis medicinal nos sistemas de saúde; educação permanente na APS, e; modelo de atenção primária à saúde: implementação e funcionamento em unidades militares”. Por fim, é importante destacar a contribuição dos artigos aqui presentes para

a produção do conhecimento e no aprimoramento do Sistema Único de Saúde através de serviços de saúde ofertados à população brasileira. Sendo assim, a oferta dos artigos aqui reunidos tem como propósito se apresentar como introduções e convites à reflexão aos temas do que se trata cada um.

Roberto José Leal

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 capacita-

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.

SATISFAÇÃO DO USUÁRIO E O PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Larissa Torres Santos Alves

Victor Costa da Silva

Alicia Regina Navarro Dias de Souza

Leonardo Graever

RESUMO

INTRODUÇÃO: A satisfação do usuário na APS é um aspecto crucial que não reflete apenas a qualidade dos serviços e a eficácia das políticas de saúde. Ao considerar a perspectiva, avaliar a satisfação e investigar a relação do usuário com os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), os profissionais de saúde podem melhorar a qualidade do serviço, atender às necessidades da população e garantir uma abordagem centrada na pessoa nos ambientes de Atenção Primária à Saúde. **OBJETIVO:** Esta revisão integrativa analisa a relação entre o processo de trabalho na atenção primária e a satisfação do usuário. **METODOLOGIA:** A revisão foi realizada nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Web of Science* e *National Library of Medicine* (PubMed/Medline), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores como “Atenção Primária à Saúde”, “Satisfação do usuário” e “Qualidade dos serviços de saúde”. **RESULTADOS:** A satisfação dos usuários pelo Brasil e em estudos regionais ou etários (idosos) apresentou pontos em comuns que valem ser mencionados. O primeiro é a facilidade de acesso, a proximidade do endereço, assim, a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar demonstrou nos usuários entrevistados afirmam que dentre os principais motivos de terem buscado os serviços é essa facilidade. Este fator é comum entre as pesquisas. **CONCLUSÃO:** A organização, acolhimento e a percepção do cuidado é em seguida o que gera maior satisfação dos usuários, sendo idosos ou não. O tempo de atendimento e o tempo de consulta também são fatores que geraram satisfação mais baixas.

PALAVRAS-CHAVE: satisfação do usuário; Atenção Primária à Saúde; qualidade dos serviços de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: User satisfaction in PHC is a crucial aspect that reflects the quality of services and the effectiveness of health policies. By considering the user perspective, assessing user satisfaction, and investigating its relationship with work processes, healthcare professionals can improve service quality, meet the population's needs, and ensure a patient-centered approach in Primary Care.

OBJECTIVE: This integrative review analyzes the correlation between user satisfaction and the work process in Primary Care. **METHODOLOGY:** The review was carried out by consulting the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web of Science and National Library of Medicine (PubMed/Medline), Virtual Health Library (VHL), using descriptors such as “Primary Health

Care”, “User satisfaction”, “Quality of healthcare”. **RESULTS:** User satisfaction in Brazil and in regional or age-specific studies (elderly) presented common points that are worth mentioning. The first is ease of access, proximity to the address, thus, the importance of timely access and home visits demonstrated in the users interviewed who state that among the main reasons for having sought services is this ease. This factor is common among the studies. **CONCLUSION:** The organization, reception and perception of care are next what generates the greatest satisfaction of users, whether elderly or not. The waiting time and consultation time are also factors that generated lower satisfaction.

KEYWORDS: consumer behavior; Primary Health Care; quality of health care.

Introdução

A Constituição Federal de 1988 criou o SUS. (Ministério da Saúde; 2008) Iniciativas de fortalecimento da Atenção Básica e de reorganização dos serviços de saúde foram dispostas com a Lei Orgânica da Saúde 8080 e a Lei 8142 de 1990, baseadas nos princípios norteadores de acesso universal e

igualitário às ações e serviços destinados a promoção, proteção e recuperação à saúde. Os modelos assistenciais originados possuem distintos desafios (Ramos *et al.*, 2009). A Atenção Básica tradicional, anterior à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), provia uma oferta de serviços assistencialista e baseada em ações e programas de saúde seletivos.

O Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), implantados pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, estabeleceram-se como importante política pública de acesso ao SUS, dado o seu potencial inovador, sua amplitude de objetivos e alcance, e tornaram-se a política de atenção primária preferencial do país (ESF) (Ramos *et al.*, 2009). Criada para promover a evolução e aprimoramento do modelo assistencial vigente, com programações que atendam às demandas da população, a ESF favoreceu o acesso aos serviços de saúde, melhorou a qualidade das ações preventivas e da atenção, garantindo cuidados mais apropriados (Pavan *et al.*, 2020).

A ESF propõe uma mudança de perspectiva no modo de cuidar, de organizar o trabalho e de entender o processo saúde-doença. A família e a comunidade passam a ser objeto de atenção em seu próprio ambiente, viabilizando a assistência ao indivíduo na sua integralidade. A busca por maior equidade no acesso aos recursos, os altos custos da assistência e as novas demandas da sociedade têm direcionado os esforços das instituições, tanto privadas quanto públicas, no sentido de buscar evidências de que os serviços de saúde estão sendo providos de forma eficiente e que contribuem para a manutenção e melhoria da qualidade do cuidado ao paciente (Nery *et al.*, 2010; Bousquat *et al.*, 2017). A avaliação pela perspectiva do usuário é fundamental para a melhoria contínua dos serviços de saúde, focando em entender a experiência e a satisfação dos pacientes. Esse enfoque é crucial para aprimorar a qualidade do atendimento e garantir que as necessidades dos usuários sejam plenamente atendidas (Nunes Almeida *et al.*, 2024).

Um dos elementos importantes da qualidade é a relação profissional-usuário. A qualidade da interação entre os profissionais de saúde e os pacientes pode influenciar significativamente a percepção dos serviços de saúde. Um

relacionamento de confiança e comunicação aberta pode aumentar a satisfação do usuário, melhorar a adesão ao tratamento e resultar em melhores resultados de saúde. A empatia e a habilidade de comunicação dos profissionais são frequentemente citadas como fatores-chave para uma experiência positiva no atendimento (Paulo de Paiva *et al.*, 2015).

A continuidade do cuidado é outro elemento essencial. Refere-se ao acompanhamento constante e à coordenação do cuidado do paciente ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde. Pacientes que percebem uma continuidade no seu cuidado, com informações claras e um plano de tratamento bem definido, tendem a sentir-se mais seguros e satisfeitos com o serviço. Essa continuidade garante que os pacientes recebam atendimento consistente e de alta qualidade, independentemente de onde busquem cuidados dentro do sistema de saúde (Vieira *et al.*, 2021).

Os profissionais da atenção primária devem ser capazes de planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações que respondam às necessidades da comunidade, na articulação com os diversos setores envolvidos na promoção da saúde. A qualidade dos serviços de saúde figura como objetivo tanto para a definição e análise dos problemas como para a avaliação do grau de comprometimento dos profissionais e gestores (prefeitos, secretários e conselheiros municipais de saúde, entre outros) com as normas técnicas, sociais e humanas. Com isso, emerge a necessidade de profissionais preparados para o acolhimento, cuidado e coordenação de pacientes entre os demais níveis do sistema, quando esgotarem-se as possibilidades de manejo, de acordo com a complexidade de cada serviço. A avaliação da satisfação do usuário é essencial para compreender a qualidade dos serviços; quando positiva, por sua vez, influencia a adesão ao tratamento e o bem-estar geral dos usuários, em um ciclo virtuoso.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), envolvendo a participação social, favorece o cuidado em saúde em todos os seus componentes e as práticas de avaliação (Coutinho *et al.*, 2015). Compreender o nível de satisfação é uma ação de extrema relevância para que a relação entre o usuário e os serviços de saúde

disponibilizados para os cidadãos seja entendida e avaliada adequadamente (Julião *et al.*, 2019). Tendo a devida compreensão sobre a satisfação com os serviços de saúde, possibilita-se então um adequado planejamento de melhorias para maximizar o atendimento, assim como elaborar estratégias que proporcionem a solução para os problemas que surgem na rotina do atendimento prestado pelas unidades de saúde (Medeiros *et al.*, 2020).

A prestação da assistência médica, de enfermagem, administrativa e de qualquer profissional que atue no serviço devem sempre ser cuidadosas e centradas na pessoa, melhorando a relação e a percepção do atendimento prestado. Em situações onde o usuário precisa buscar atendimento da unidade de saúde, o seu desejo é receber um acolhimento adequado dos profissionais, buscando assim uma solução para os seus problemas, de forma satisfatória e oportuna (Gaioso, 2007). É preciso fazer com que o paciente se sinta confortável para detalhar as suas necessidades para a equipe, algo que somente pode ser alcançado quando ocorre um estreitamento das relações entre os profissionais e os usuários, ocorrendo desta forma um maior envolvimento e aumento da qualidade do tratamento (Protasio *et al.*, 2017).

Entretanto, não é em todas as situações que é possível satisfazer totalmente os usuários dos serviços públicos de saúde, e, nesses casos, o responsável pela gestão desses serviços deve procurar compreender adequadamente quais são os elementos que estão resultando na insatisfação do usuário, visando buscar soluções para a melhoria da prestação do serviço. (Mendes *et al.*, 2013). Segundo a concepção de Gianesi e Côrrea (2018), cabe ressaltar ainda que o gestor precisa contar com o preparo adequado para poder enfrentar os problemas e proporcionar a satisfação desejada para os usuários.

Segundo Mendes (2003), a qualidade do serviço é influenciada pela atuação dos profissionais e pela forma como os usuários interagem com o sistema de saúde. Fatores como acessibilidade, acolhimento e continuidade do cuidado são determinantes para a percepção positiva dos serviços de saúde (Moraes *et al.*, 2014).

Estudos publicados visam investigar a satisfação do usuário na APS e sua relação com o processo de trabalho das unidades de saúde garantindo que as políticas de saúde atendam às necessidades da população. Os serviços de APS precisam solucionar os problemas de saúde dos usuários, proporcionando acesso adequado a uma assistência médica de qualidade (Gaiosio; Mishima, 2007; Mishima *et al.*, 2016). Assim, analisar a satisfação do usuário é fundamental para avaliar a eficiência do planejamento e execução das ações de saúde, e compreender a percepção dos usuários sobre os processos realizados dentro e fora das unidades.

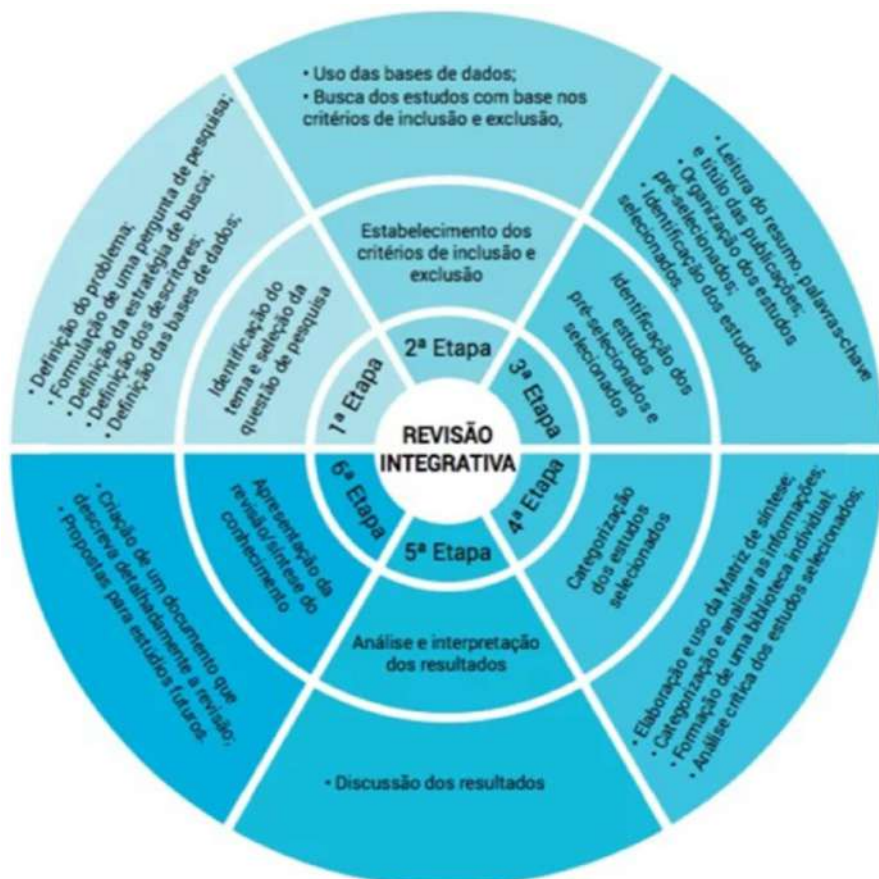
Diante disso, esta pesquisa possui como objetivo geral realizar uma revisão integrativa buscando estudos publicados sobre a satisfação do usuário na APS.

Como objetivos específicos, busca-se conceituar brevemente a satisfação do usuário na APS e discutir os resultados dos estudos selecionados.

Métodos

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é a revisão que emerge como uma ferramenta crucial no campo da saúde. Ela reúne e analisa de forma sistemática as pesquisas disponíveis sobre um determinado tema, proporcionando uma base sólida de conhecimento para orientar a prática clínica. Apesar dos desafios envolvidos em integrar dados de diferentes tipos de estudos, uma abordagem cuidadosa e rigorosa durante o processo de revisão, especialmente na análise dos dados, ajuda a reduzir vieses e erros. A elaboração da revisão integrativa está estruturada em seis etapas, conforme a Figura 1.

Figura 1. Etapas da revisão integrativa



Fonte: Botelho *et al.* (2011).

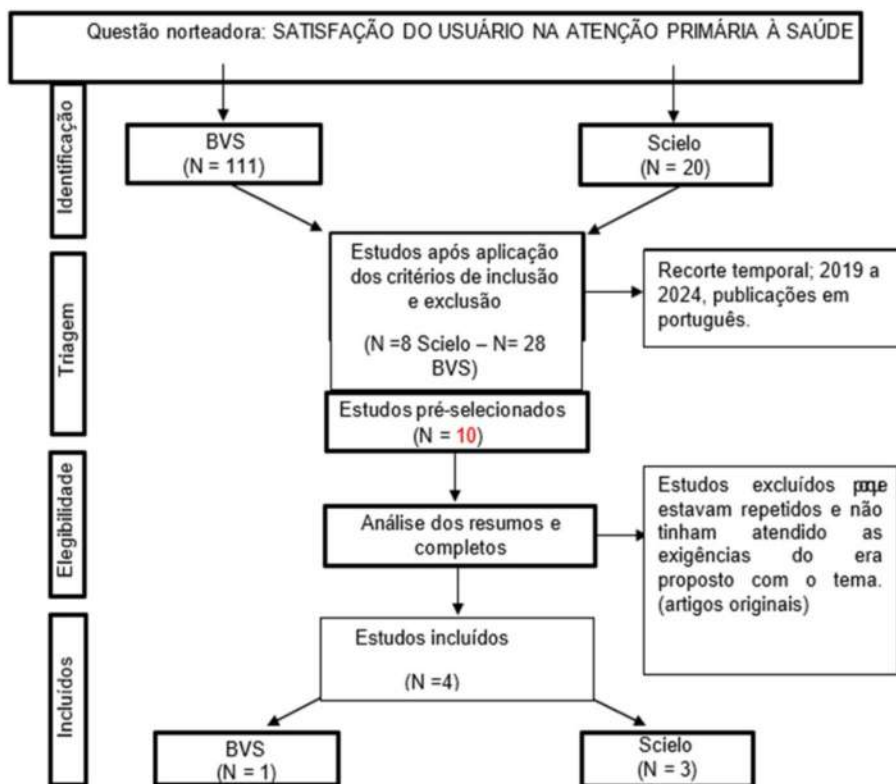
Foi elaborada a seguinte questão norteadora: o que apontam os estudos selecionados sobre a satisfação dos usuários da APS? Para a busca, foram incluídos estudos originais, publicados entre 2019 a 2024, no idioma português. Foram excluídos estudos de revisão, anais de eventos científicos, livros, manuais, relatórios, monografias, dissertações e teses. Os descritores de busca utilizados foram “Atenção Primária à Saúde”, “Avaliação em Saúde” e “Satisfação do Usuário”, utilizando-se as seguintes combinações: “Atenção Primária à Saúde” AND “Avaliação em Saúde” AND “Satisfação do Usuário”. As bases de dados para a pesquisa foram SciELO e BVS.

Para extrair as informações dos artigos selecionados, utilizou-se “a matriz de síntese, que tem sido utilizada como ferramenta de extração e organização de dados de revisão da literatura em várias disciplinas”, devido à sua capacidade para resumir aspectos complexos do conhecimento e tem por objetivo proteger o pesquisador de erros durante a análise (Botelho *et al.*, 2011). Nesta etapa foram analisadas as informações coletadas nos artigos científicos, levando em consideração os aspectos éticos quanto às citações dos estudos, respeitando a autoria das ideias, os conceitos e as definições presentes nos artigos incluídos na revisão. As informações extraídas dos estudos incluídos foram sumarizadas e descritas de forma qualitativa em quadro comparativo, levando em conta autor(es), o ano da publicação, objetivo, tipo de pesquisa, amostra e conclusão.

Resultados e discussão

Os estudos foram selecionados segundo os critérios de inclusão e exclusão e de acordo com a estratégia de funcionamento e busca de cada base de dados, conforme a figura 2.

Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos estudos para a revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria (2024).

O artigo de Cantalino *et al.* (2021) acerca da satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil demonstrou que a maioria dos usuários entrevistados referiu satisfação em relação ao acesso, à infraestrutura e à qualidade dos serviços na APS no Brasil. Um fator que os autores relataram na pesquisa foi a distância entre o serviço de saúde e o domicílio, que desempenhou um papel significativo na satisfação. Em relação à satisfação dos usuários quanto ao horário de funcionamento, os autores relatam na pesquisa o fato de que existem diversos trabalhos realizados no âmbito da APS, corroborando com a pesquisa deles, pois encontraram resultados positivos. Entretanto, os resultados da pesquisa feitos no período de 2012 e 2013, evidenciaram que o funcionamento da APS, apenas em horário

comercial, não atendia às necessidades da população entrevistada nas cinco grandes regiões brasileiras. Outro fator que os autores relatam na pesquisa foi o alto percentual de usuários que consideraram que os profissionais e os serviços de saúde se apresentam acessíveis e resolutivos às suas necessidades e que quando procuraram os serviços da APS, obtiveram um desfecho positivo. Houve predominância de avaliação positiva da infraestrutura e instalações dos serviços de APS pelos usuários. O estudo de Cantalino *et al.* (2021) também demonstrou que a satisfação dos usuários está associada a aspectos elementares para funcionamento dos serviços de APS, que dependem do compromisso dos gestores, citando entre eles: “boas instalações físicas, condições salubres de higiene e limpeza, mobiliário, materiais e insumos suficientes para o exercício das práticas profissionais” afirmam ainda que:

“a redução da satisfação dos usuários quanto às dimensões do acesso, qualidade do atendimento e infraestrutura dos serviços, assim como a dificuldade em conceituar o termo qualidade na avaliação de um serviço”, levaram às limitações da pesquisa feita. Entretanto, as variáveis selecionadas para avaliar a satisfação permitiram traçar um panorama de como os usuários percebem os serviços da APS.

Na mesma linha, vale mencionar o que afirmam Garuzi *et al.* (2014, p.8), ao tratar o acolhimento e o acesso como algo indissociável: “Acesso e acolhimento articulam-se e se complementam na implementação de práticas em serviços de saúde, na perspectiva da integralidade do cuidado”.

O artigo de Furlanetto *et al.* (2020) sobre a satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal com foco na importância do acesso oportuno e da visita domiciliar demonstrou que as usuários entrevistados afirmam que dentre os principais motivos de terem buscado os serviços, estão o acesso ao Programa Nacional de Imunizações e a retirada de medicamentos na farmácia da Unidade. A pesquisa apontou que dos entrevistados, 14,1% responderam que compareceram à unidade no dia da entrevista para vacinação e 19,1% buscaram a farmácia. Os autores enfatizam que, se houver fechamento ou redução destes acessos, poderão inserir no mapa de saúde:

[...] o retorno de doenças já erradicadas e o agravamento dos problemas de saúde, principalmente dos problemas mentais, que em tempos de crise econômica, recessão e consequente perda do emprego se manifestam em quadros de depressão, ansiedade e violência autoprovocada que geralmente demandam medicamentos de alto custo.

Os autores destacaram que atualmente na região leste de saúde do DF os usuários que acessam a consultas, tanto agendadas como encaixadas, avaliaram como satisfatórias, o que indica que a população assistida a princípio teve suas demandas respondidas nos serviços da APS. O artigo evidenciou nos resultados da pesquisa que para a maioria dos usuários entrevistados a percepção é que os serviços são satisfatórios. Recomendaram, ainda, aos gestores locais providências para reduzir problemas no acesso à Unidade Básica de Saúde, tomando como exemplo os casos onde não se conseguiu o atendimento pretendido no dia da pesquisa, o que afeta diretamente o nível de satisfação. O estudo apontou por fim a importância de os serviços de Atenção Primária contarem com Equipes de Saúde da Família completas com Agentes Comunitários de Saúde para as visitas domiciliares.

O artigo de Amorim *et al.* (2020) sobre a satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ apontou que a satisfação com serviços e o cuidado na atenção primária foi de 87,0% (IC95%: 86,5-87,4) dos usuários, ressaltando algumas particularidades: “Em relação aos fatores associados, os preditores da percepção de satisfação modelados nesta investigação diferem de outras iniciativas, tais como o horário de funcionamento dos serviços, a busca ativa, o exame físico e o tempo da consulta”.

O estudo aponta ainda que outros estudos analisaram as características dos participantes, a condição de saúde ou o perfil de competências dos profissionais e concluiu-se que “a facilidade para chegar até a unidade de saúde foi importante para obter melhor percepção da satisfação”. Na dimensão da organização dos serviços, os resultados da pesquisa apontam a visita domiciliar realizada pelos agentes comunitários de saúde como fator influenciador da

satisfação. Já sobre o horário de funcionamento, observa-se que em adultos o horário pode prejudicar a acessibilidade do serviço devido às suas atividades ocupacionais em horário comercial, mas para idosos essa justificativa não parece completamente suficiente, na medida em que a vinculação ao trabalho formal é menos frequente nessa faixa da população.

Parece que o horário de funcionamento está vinculado a um modelo restritivo de acesso, com formação de filas de espera e prática de distribuição de senha, o que em muitos casos remete ao modelo tradicional de organização da atenção básica. Amorim *et al.* (2020) apontam ainda que “quanto maior a frequência de disponibilidade de medicamentos na unidade de saúde, melhor foi a satisfação do usuário avaliado.” Sobre insatisfação do tempo de consulta, “quando não houve satisfação com o tempo da consulta, a percepção da satisfação com o serviço foi limitada.” Vale mencionar que “o tempo de consulta é interpretado pelos usuários associado com a realização de exame físico completo”, segundo estes autores.

O artigo de Pavan *et al.* (2020) sobre a satisfação do usuário com os serviços de saúde de atenção básica: percepção masculina, avaliou um público de homens na faixa etária de 50 a 59 anos. A pesquisa demonstrou que os mais altos níveis de satisfação foram com a cordialidade do profissional, a atenção dada às queixas e as explicações sobre a doença. No que tange às insatisfações mais evidentes, estavam a avaliação clínica do profissional de saúde, a facilidade ou não do acesso à consulta, a forma de agendamento e o tempo de sala de espera. Vale mencionar que, paradoxalmente, apesar da maioria dos usuários estar satisfeita com o tempo de espera, este foi o atributo com o índice de insatisfação mais importante da pesquisa. Os principais elementos destacados durante a leitura e análise dos conteúdos dos artigos utilizados encontram-se sumarizados no Quadro 1.

Quadro 1 – Estudos incluídos na amostra final da revisão integrativa

Código	Título	Autor	Ano / país de origem	Delineamento do estudo	Participantes
E1	“Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil”	Cantalino et al.	2021 / Brasil	Estudo transversal	Usuários vinculados a 30.523 equipes de saúde, obtidos por meio do banco de dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
E2	“Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar”	Furlanetto et al.	2020 / Brasil	Estudo transversal	4.476 usuários das 62 equipes da ESF existentes na Região de Saúde Leste.
E3	“Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ”	Amorim et al.	2020 / Brasil	Estudo transversal	18.671 usuários da Atenção Básica do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Quadro 2. Estudos incluídos na amostra final da revisão integrativa segundo objetivos, principais, resultados e conclusão

Código	Objetivos	Principais resultados	Conclusão
E1	Analisar a satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil. A pesquisa focou em três aspectos principais: acesso, infraestrutura e qualidade dos serviços. Utilizando dados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), foram analisadas respostas de mais de 114 mil usuários em todo o Brasil.	Os resultados mostraram que a proximidade dos serviços, a qualidade do atendimento (especialmente a escuta ativa e o respeito às necessidades individuais dos pacientes), e a resolutividade dos problemas de saúde estiveram diretamente ligados à maior satisfação. Por outro lado, problemas de infraestrutura e demora no atendimento foram apontados como principais causas de insatisfação.	A pesquisa concluiu que é essencial melhorar o acesso e a infraestrutura da APS para aumentar a satisfação dos usuários e a qualidade do atendimento no Brasil.

E2	Investigar a relação entre o acesso aos serviços de saúde e a satisfação do usuário. Analisar o impacto das visitas domiciliares na percepção dos usuários sobre a qualidade da atenção recebida.	Foi observado que a satisfação dos usuários varia de acordo com diferentes aspectos do atendimento, como a cordialidade dos profissionais, a resolutividade dos serviços e a disponibilidade de recursos. Os usuários que tiveram acesso oportuno aos serviços de saúde mostraram maior satisfação em relação ao atendimento recebido. A visita domiciliar foi identificada como um fator positivo, contribuindo para a melhoria da relação entre profissionais de saúde e usuários.	A pesquisa conclui que é essencial implementar melhorias nas práticas de atendimento e ampliar a oferta de visitas domiciliares para garantir uma experiência positiva aos usuários, o que pode levar a melhores resultados em saúde. E que o acesso oportuno e as visitas domiciliares são fundamentais para aumentar a satisfação dos usuários da APS no Distrito Federal.
E3	Identificar os preditores da satisfação dos idosos em relação à organização dos serviços e do cuidado na atenção básica à saúde. Identificar os aspectos da organização do cuidado que mais influenciam a satisfação dos idosos.	Os fatores que mais influenciaram a satisfação foram a acolhida, a disponibilidade de profissionais e a continuidade do cuidado. Algumas áreas necessitam de melhorias, como a agilidade no atendimento e a comunicação entre profissionais e pacientes. A experiência dos idosos com os serviços de saúde foi positiva em geral, mas destacou a necessidade de um cuidado mais centrado na pessoa. A maioria dos idosos se declarou satisfeita com os serviços de saúde, embora houvesse variações significativas entre os diferentes aspectos avaliados.	O estudo concluiu que, embora a satisfação dos idosos com a organização do cuidado seja relativamente alta, ainda existem áreas que precisam de atenção para garantir um atendimento mais eficaz e humanizado. Recomenda-se que os gestores de saúde considerem as opiniões dos idosos para implementar melhorias nos serviços, além de promover ações que reforcem a comunicação e a continuidade do cuidado. A pesquisa reforça a importância de uma abordagem centrada no usuário, visando não apenas a qualidade do atendimento, mas também a experiência do paciente na busca por serviços de saúde.

E4	Avaliar a satisfação dos homens em relação aos serviços de saúde oferecidos na atenção básica.	Os resultados do estudo revelaram que a satisfação dos homens com os serviços de saúde de atenção básica varia significativamente com aspectos como a qualidade do atendimento, a comunicação com os profissionais de saúde e a disponibilidade de serviços. Muitos homens relataram insatisfação devido a longos tempos de espera, falta de empatia por parte dos profissionais e dificuldades na obtenção de informações sobre os serviços disponíveis.	Os autores concluíram que a percepção masculina sobre os serviços de saúde de atenção básica é influenciada por diversos fatores, incluindo a qualidade do atendimento e a relação com os profissionais de saúde. Para melhorar a satisfação dos usuários masculinos, é essencial abordar as barreiras identificadas e promover uma comunicação mais eficaz entre os profissionais de saúde e os pacientes. O estudo sugere que programas de capacitação para os profissionais de saúde e campanhas de conscientização podem ser úteis para aumentar a satisfação e o acesso dos homens aos serviços de saúde.
----	--	---	--

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Conclusão

A revisão integrativa sobre a satisfação dos usuários em estudos nacionais, regionais ou utilizando um segmento da população baseado na idade (idosos) apresentou relevantes pontos em comum. O primeiro é a importância da facilidade de acesso, proximidade do endereço e da visita domiciliar. Este fator é comum entre todos os estudos de pesquisas analisados. A organização, o acolhimento e a percepção do cuidado é em seguida o que gera maior satisfação. O tempo de atendimento e o tempo de consulta também são fatores relevantes, o que gera um alerta para os gestores. Por fim, houve um alto percentual de usuários que consideraram que os profissionais e os serviços de saúde se apresentam acessíveis e resolutivos em todas as pesquisas da revisão integrativa.

Se concluiu pela revisão integrativa dos estudos, que a satisfação dos usuários pelo Brasil e em estudos regionais ou etários (idosos) apresentou pontos em comuns que valem ser mencionados. O primeiro é a facilidade de acesso, a proximidade do endereço, assim, a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar demonstrou nos usuários entrevistados afirmam que dentre os principais motivos de terem buscado os serviços é essa facilidade. Este fator é comum entre as pesquisas. A organização, acolhimento e a percepção do cuidado é em seguida o que gera maior satisfação dos usuários, sendo idosos ou não. O tempo de atendimento e o tempo de consulta também são fatores que geraram satisfação mais baixas, tanto no estudo de idosos, de público geral ou no masculino de 50 a 59 anos, o que gera um alerta para que os gestores manejem isso nas unidades. Não se pode deixar de mencionar o fato de aspectos relacionados ao usuário influenciarem diretamente nos dados das pesquisas, como se viu que os idosos por exemplo, apresentam alta satisfação com o horário de funcionamento e adultos já não, devido ao horário de trabalho dessa faixa etária. Houve alto percentual de usuários que consideraram que os profissionais e os serviços de saúde se apresentam acessíveis e resolutivos em todas as pesquisas da revisão integrativa.

Referências

AMORIM, J. S. C. de *et al.* Satisfação com a organização do cuidado em idosos usuários dos serviços avaliados pelo PMAQ. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3625-3634, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br>. Acesso em: 29 ago. 2024.

BOTELHO, L. L. R. *et al.* O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão & Sociedade**, v. 5, n. 11, p. 121-136, 2011.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

CANTALINO, J. L. R. *et al.* Satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 22, 2021.

COUTINHO, L. R. P. *et al.* Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 514-524, abr./jun. 2015.

FURLANETTO, D. de L. C. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Primária no Distrito Federal: a importância do acesso oportuno e da visita domiciliar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1851-1863, 2020.

GAIOSO, V. P.; MISHIMA, S. M. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, p. 617-625, dez. 2007.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GIANESI, I. G. N.; CÔRREA, H. L. Administração estratégica de serviços: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 2018.

JULIÃO, J. R. S. *et al.* A relação entre maternidade e mercado de trabalho: um estudo sob a perspectiva de uma mãe trabalhadora. **Research, Society and Development**, Itabira, v. 8, n. 4, p. e1584956, fev. 2019.

MEDEIROS, I. T. D. *et al.* Satisfação do usuário na atenção básica: um caso em uma pequena cidade. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 7, n. 2, 2020.

MENDES, V. L. P. S. Avaliação dos serviços de saúde pelos usuários: a questão de cidadania. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 18, n. 1/2, p. 97-110, 2003.

MENDES, F. *et al.* A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. **Referência: Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. ser III, n. 9, p. 17-25, mar. 2013.

MISHIMA, S. M. *et al.* Satisfação do usuário sob a perspectiva da responsividade: estratégia para análise de sistemas universais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, e2669, 2016.

NERY, N. G. *et al.* A satisfação de idosos quanto à Estratégia Saúde da Família, a partir da atenção em Saúde Bucal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, n. 1, p. 43-50, 2010.

NUNES ALMEIDA, R. *et al.* Satisfação de usuários dos serviços ofertados na Atenção Primária à Saúde em Unidades Básicas Planificadas. **APS em Revista**, v. 6, n. 1, p. 1-10, 2024.

MORAES, V. D. *et al.* Estudo sobre dimensões da avaliação da Estratégia Saúde da Família pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 127-146, 2014.

PAULO DE PAIVA, M. B. *et al.* Uma contribuição para a avaliação da Atenção Primária à Saúde pela perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 925-950, 2015.

PAVAN, I. P. *et al.* Satisfação do usuário com os serviços de saúde de atenção básica: percepção masculina. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, p. e46760, 2020.

PROTASIO, A. P. L. *et al.* Satisfação do usuário da Atenção Básica em Saúde por regiões do Brasil: 1º ciclo de avaliação externa do PMAQ-AB. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1829-1844, 2017.

VIEIRA, N. F. C. *et al.* Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200516, 2021.

A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRISIONAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Leonardo Pereira Pacheco
Leonardo Graever

RESUMO

INTRODUÇÃO: O cuidado à saúde de pessoas privadas de liberdade é um direito garantido por leis brasileiras. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP) estabelece a Atenção Primária à Saúde (APS) como a principal estratégia de cuidado dessas pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS). **OBJETIVO:** Este trabalho visa realizar uma revisão integrativa sobre a organização do cuidado na APS prisional. **METODOLOGIA:** Realizou-se revisão integrativa, que abrangeu 267 artigos nas bases bibliográficas SciELO, PubMed e LILACS, resultando na seleção final de 12 estudos. A pesquisa incluiu artigos publicados entre 2019 e 2024. **RESULTADOS:** A literatura destaca a importância da intersetorialidade, da formação contínua dos profissionais e das políticas de saúde sensíveis ao gênero. Os desafios incluem a precarização das condições de trabalho e a necessidade de adaptação da PNAISP para melhor atender diferentes grupos, especialmente mulheres. A organização do cuidado à saúde na APS prisional requer uma abordagem integrada e intersetorial, baseada em evidências e políticas públicas sólidas, mas também no contexto de necessidades e ofertas locais. **CONCLUSÃO:** Os achados enfatizam a importância de práticas humanizadas e a colaboração entre saúde e outros setores, especialmente com o sistema de justiça, para garantir a equidade no acesso à saúde para a população prisional.

PALAVRAS-CHAVE: pessoas privadas de liberdade; políticas de saúde pública; acesso à saúde na prisão; PNAISP; condições de trabalho; atenção primária.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Health care for people deprived of liberty is a right guaranteed by Brazilian laws. The National Policy for Comprehensive Health Care in the Prison System (PNAISP) establishes Primary Health Care (PHC) as the main care strategy for these people in the Unified Health System (SUS). **OBJECTIVE:** This study aims to conduct an integrative review on the organization of care in prison PHC. **METHODOLOGY:** An integrative review was conducted, covering 267 articles in the SciELO, PubMed and LILACS bibliographic databases, resulting in the final selection of 12 studies. The research included articles published between 2019 and 2024. **RESULTS:** The literature highlights the importance of intersectoral work, continuous training of professionals and gender-sensitive health policies. Challenges include the precariousness of working conditions and the need to adapt the PNAISP to better serve different groups, especially women. The organization of health care in prison PHC requires an integrated and intersectoral approach, based on evidence and solid public policies, but also in the context of local needs and offers. **CONCLUSION:** The findings emphasize the importance of humanized practices and collaboration between health and other sectors, especially with the justice system, to ensure equity in access to health for the prison population.

KEYWORDS: persons deprived of liberty; public health policies; access to healthcare in prison; PNAISP; work conditions; primary care.

Introdução

A questão dos cuidados de saúde para pessoas privadas de liberdade (PPL) envolve o reconhecimento de mais de 10,99 milhões de pessoas que estão detidas em instituições penais em todo o mundo, seja como detentos provisórios ou como condenados já sentenciados (ICPR, 2024). Segundo os dados do ICPR (2024), o Brasil possui a terceira maior população carcerária global, com 840.000 em suas unidades prisionais, ficando atrás apenas dos Estados Unidos, com 1,8 milhão de prisioneiros, e da China, com 1,69 milhão de prisioneiros (ICPR, 2024).

Informações extraídas do Sistema Nacional de Informações Penais (SISDEPEN), de dezembro de 2023, indicam que a população carcerária brasileira apresenta diversas vulnerabilidades sociais, compartilhadas com suas comunidades de origem, majoritariamente compostas por negros e pobres, que vivem com frequência em territórios marginalizados, como favelas e periferias de centros urbanos (Brasil, 2021; Brasil, 2023). Dados epidemiológicos do SISDEPEN demonstram que a população carcerária exibe índices significativamente elevados de transtornos mentais, doenças crônicas e infecciosas, bem como uso de drogas, com taxas até maiores em relação à população em geral (SISDEPEN, 2023). Um dos grandes desafios para a saúde coletiva é eliminar as iniquidades, em todas as formas de discriminação, diminuindo as desigualdades no acesso à saúde para grupos sociais vulneráveis, como as pessoas privadas de liberdade (Schultz *et al.*, 2022).

O direito à saúde dessas pessoas no Brasil é assegurado pela Lei de Execução Penal, de 1984, que garante cuidados tanto preventivos quanto curativos (Brasil, 1984). Esse direito é reforçado pela Constituição Federal do Brasil, de 1988, que estabelece em seu artigo 196 que a saúde é um direito de todos e uma obrigação do Estado. Esse direito é assegurado por meio de políticas sociais e econômicas que têm como objetivo diminuir o risco de doenças e outros problemas de saúde, além de garantir o acesso universal e igualitário a ações e serviços voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988).

Como parte desse direito constitucional, foi instituído o Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação popular. A legislação também determina que a responsabilidade pela saúde é compartilhada entre os três níveis de governo, União, Estados e Municípios. No SUS, não é permitido qualquer tipo de discriminação, sendo garantida a todos a igualdade de direitos (Brasil, 1988).

Na Constituição Federal do Brasil a igualdade de direitos é acolhida pelo princípio da universalidade, visto que tal instituto consiste em prestações materiais pelo Estado e prestadas por ele ou por quem lhe represente. Por

intermédio de tais prestações, o Estado atende seu dever de execução dos direitos fundamentais sociais (Schier, 2017).

Nesse contexto, o direito de acesso à saúde via SUS contempla todos os brasileiros indistintamente, incluindo aqueles privados de liberdade, que seguem as regras de diplomas legais, como a Constituição Federal (Brasil, 1988); as Leis Orgânicas nº 8.080 e 8.142, de 1990, que regulamentam os princípios e diretrizes do SUS ; a Lei de Execução Penal, de 1984 (Brasil, 1984); o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário de 2003; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional – PNAISP, de 2014, e sua exclusiva portaria de operacionalização e financiamento, Portaria GM/MS nº 2.298, de 2021 (Brasil, 2014).

Os serviços de saúde prestados às pessoas privadas de liberdade devem ser oferecidos preferencialmente no próprio estabelecimento penitenciário, porém o Estado também deve prover, em caso de necessidade, outro local de assistência, quer seja do sistema de saúde público, quer seja em serviços privados e filantrópicos (Brasil, 1984). Os profissionais de saúde vinculados ao SUS têm atuado em ambientes prisionais desde 1984, com a promulgação da Lei de Execução Penal, que prevê a assistência médica, farmacêutica e odontológica para os detentos. Em 2003, a publicação do Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário marcou o início da implantação de equipes multidisciplinares de saúde dentro das unidades prisionais (Brasil, 2003). Esse plano foi substituído em 2014 pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde no Sistema Prisional (PNAISP), que determinou a implementação das Equipes de Atenção Básica Prisional (EABP) no âmbito do SUS (Brasil, 2014; Schultz *et al.*, 2022). A PNAISP busca garantir o acesso dessa população às Redes de Atenção à Saúde (RAS), promovendo um cuidado integral e assegurando que os profissionais de saúde atuem de maneira autônoma, qualificada e humanizada. Isso é feito por meio de ações conjuntas principalmente entre as áreas da saúde e da justiça.

Assim, a APS, por meio das EABP, é estabelecida no contexto prisional como a principal estratégia de cuidado das pessoas privadas de liberdade nas RAS, integrando-se ao SUS (Brasil, 2014; Costa *et al.*, 2022). Desde a implementação

da PNAISP, caminhou-se no sentido de expandir o escopo da atenção à saúde nas prisões, direcionando-a aos princípios e diretrizes do SUS, em estreita sintonia com os atributos da APS. A PNAISP, por meio das equipes de atenção básica prisional, visa garantir o acesso integral à saúde, incluindo promoção, prevenção, diagnóstico, redução de danos e tratamento das principais doenças que afetam a população carcerária (Rossetto *et al.*, 2022).

Para assegurar equidade, qualidade e efetividade nos cuidados de saúde, a equipe gestora do SUS e os profissionais de saúde, em colaboração com o sistema de segurança penal, devem redesenhar processos e mecanismos. A colaboração interdisciplinar é essencial em todos os níveis de atenção à saúde, buscando uma abordagem integradora para enfrentar os problemas de saúde dessa população, visando maior efetividade dos programas e serviços oferecidos (Schultz *et al.*, 2022; Rossetto *et al.*, 2022).

A literatura sobre o tema é escassa, com poucas reflexões sobre as aplicações e desdobramentos das normativas. Mesmo com reformas incrementais sobre o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, a última política ainda é recente, com apenas dez anos, e sem resultados consolidados. No imaginário social, prisões ainda são associadas a ambientes insalubres e desumanizados. Assim, esta revisão pode contribuir para sistematizar estudos e apontar caminhos para aprimorar a organização do cuidado à população prisional.

Desta forma, o objetivo principal deste trabalho é apontar as recomendações da literatura científica para a organização das atividades de cuidado à saúde na APS prisional. Espera-se que este estudo possa gerar um produto para profissionais de saúde de diferentes formações, fundamentado em conhecimento científico essencial para a qualificação de suas habilidades e capacidades na atenção integral a pessoas privadas de liberdade.

Metodologia

Este artigo utiliza a revisão integrativa de literatura para elaborar recomendações sobre a organização das atividades de cuidado à saúde na APS

prisional. A revisão integrativa é uma metodologia adequada para sintetizar o conhecimento e incorporar na prática os resultados de estudos relevantes. Este método permite obter uma visão abrangente sobre o tema, embasando condutas e decisões com base em evidências científicas (Souza *et al.*, 2010). Para Ribeiro (2014) e Souza *et al.* (2010), a revisão integrativa apresenta-se como a mais extensa abordagem metodológica dentre as revisões, que recorre aos dados da literatura teórica e empírica e/ou combinado com estudos experimentais.

Autores, como Souza *et al.* (2010) e Mendes *et al.* (2008) descrevem a sistematização da metodologia integrativa em seis etapas:

1. identificação do tema e elaboração da questão norteadora;
2. busca ou amostragem na literatura;
3. coleta de dados;
4. análise crítica dos estudos incluídos;
5. interpretação dos resultados;
6. apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Para a primeira etapa da pesquisa, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: quais as recomendações da literatura científica sobre a organização do cuidado na atenção primária à saúde prisional?

Para a segunda etapa da pesquisa foi estabelecida a busca por publicações nas bases bibliográficas da Biblioteca SciELO (<https://scielo.org/pt>), alcançando 145 trabalhos, National Library of Medicine (via PubMed) (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) com resultado de 24 trabalhos e LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências em Saúde), via Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) (<https://lilacs.bvsalud.org/>), com 98 trabalhos.

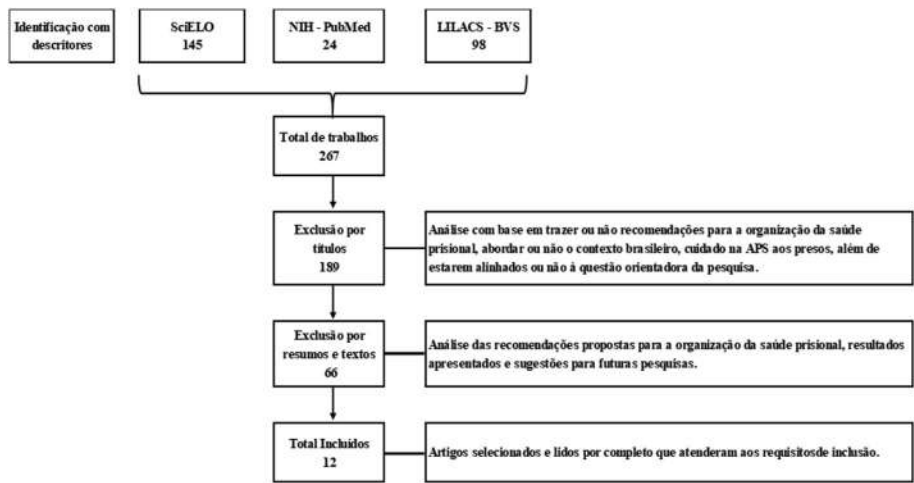
A pesquisa foi conduzida por meio de buscas eletrônicas, utilizando-se de descritores específicos, com o objetivo de identificar trabalhos originais relacionados ao tema, com foco na produção recente e incluindo artigos científicos. Os descritores utilizados foram “presos” ou “pessoas presas ou pessoas privadas de liberdade” ou “saúde prisional”; e “Brasil” ou “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Prisional” ou “PNAISP”; e

os correspondentes em inglês “*prisoner*” ou “*imprisoned people*” ou “*people deprived of liberty*” ou “*prison health*”; e “*Brazil*” ou “*Brazilian National Policy of Prison Health*” ou “PNAISP”.

Cabe destacar que a busca foi realizada com descritores na língua inglesa e portuguesa nos títulos dos trabalhos. Assim, os descritores foram ajustados de diferentes maneiras visando aumentar a busca por trabalhos. Foram incluídos como critérios de seleção os trabalhos publicados em português e inglês, de artigos científicos originais, com estudos quantitativos, qualitativos, mistos e de revisão de literatura, de janeiro de 2019 a janeiro de 2024, , que abordem a APS prisional no Brasil, que analisam a interação e atuação profissional com o tema “Saúde de pessoas privadas de liberdade”. Os parâmetros de exclusão foram não apresentar recomendações para a organização da saúde prisional, não abordar o contexto brasileiro ou cuidado na APS a pessoas privadas de liberdade, além de não estarem alinhados à questão orientadora da pesquisa e/ ou desacordo com os critérios de inclusão.

A busca foi realizada pelo primeiro autor deste artigo, entre julho e agosto de 2024, e resultou em 267 artigos. Com base em análise inicial dos títulos, foram selecionados 66 artigos para leitura de resumo e parte textual, especialmente objetivos e metodologia. Após a leitura completa desta seleção inicial, 44 artigos foram excluídos, resultando em 12 artigos selecionados que atendiam aos objetivos propostos e lidos por completo. O fluxograma de seleção dos artigos é mostrado na Figura 2.

Figura 2. Fluxograma de seleção dos trabalhos para revisão integrativa



Fonte: Elaboração própria (2024).

Resultados e discussão

No Quadro 1 são apresentados os trabalhos selecionados, considerando-se para a análise final as informações sobre autores, ano de publicação, periódico, metodologia (tipo de estudo), objetivos e resultados. Em relação ao ano de publicação, dos 12 artigos incluídos na amostra, predominaram as publicações dos anos de 2022 e 2023. Dentre os trabalhos selecionados, metade foi de revisão integrativa. Vale ressaltar que os trabalhos em língua inglesa, apesar da relevância, não foram selecionados por tratarem-se de estudos em países estrangeiros, com modelo diferente do sistema brasileiro para a saúde prisional.

Quadro 1. Trabalhos selecionados para revisão integrativa

Nº	AUTORES	ANO	TÍTULO / PUBLI-CAÇÃO	ÁREA DE APLICAÇÃO	TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS	RESULTADOS
1	Marta Cossetin Costa, Maria de Fátima Mantovani, Fernanda Moura D'Almeida Miranda, Robson Giovani Paes, Thiago Nunes de Souza	2022	Política de saúde prisional brasileira: uma revisão integrativa Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário	Direito Sanitário	Revisão integrativa com temáticas relacionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil, abordadas em artigos científicos e correlacioná-las com as diretrizes da política nacional vigente	Identificar as temáticas relacionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil abordadas em artigos científicos e correlacioná-las com as diretrizes da política nacional vigente	O estudo demonstra que as temáticas relacionadas à saúde das pessoas privadas de liberdade no Brasil, discutidas em artigos científicos, estão predominantemente alicerçadas na perspectiva curativista, em detrimento de efetivas ações promotoras de saúde
2	Águida Luana Veriato Schultz, Renata Maria Dotta, Bárbara Sordi Stock, Miriam Thais Guterres Dias	2022	A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional Ciência & Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa qualitativa do tipo exploratória e descritiva	Discutir com o fenômeno da precarização das “relações” de trabalho e da precariedade das “condições” de trabalho se expressam no cotidiano ocupacional de uma equipe de atenção primária prisional, e as consequências para a atenção à saúde neste contexto	Com o estudo foi possível evidenciar que o processo de precarização do trabalho em saúde no contexto do sistema prisional mantém relação direta com fatores estruturais e gerenciais complexos no campo da saúde e das finalidades e demandas diversas à saúde da segurança penal

3	Maíra Rosseto, Cintia Goulart Ribeiro Alves, Gabriéli Drechsler, Laryssa Faccin Kuerten, Renan Mendonça de Souza, Joanna d'Arc Lyra Batista	2022	Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa	Trabalho, Educação e Saúde	Revisão integrativa	Descrever a visão de profissionais das diversas áreas da saúde a respeito do atendimento às pessoas privadas de liberdade	Com o estudo foi possível evidenciar que há um emaranhado de problemáticas envolvendo o atendimento em saúde para pessoas privadas de liberdade. É difícil definir se há um ponto em que tudo começa, mas pode-se pensar que o preconceito visualizado na sociedade como um todo se reflete também no atendimento profissional
4	José L. Pais Ribeiro	2014	Revisão de Investigação e Evidência Científica Psicologia, Saúde & Doenças	Psicologia, Saúde e Doenças	Revisão integrativa	Expor e discutir os principais métodos utilizados na revisão de investigação científica, discutindo as suas vantagens e desvantagens	Os diferentes métodos de revisão da literatura são hoje utilizados pelas diferentes áreas da ciência e, por isso, recomenda-se que a publicação de revisões, que são propostas às revistas, sejam fundamentadas e ajustadas aos objetivos da revisão e não aos da revista

5	Marto Leal, Ligia Kerr, Rosa Maria Salani Mota, Roberto da Justa Pires Neto, David Seal, Carl Kendall	2022	Saúde de mulheres privadas de liberdade no Brasil Ciência e Saúde coletiva	Saúde Pública	Estudo transversal realizado em 15 unidades prisionais femininas localizadas nos estados do Pará, Rondônia, Ceará, Distrito Federal, Mato Grosso, São Paulo, Minas Gerais, Paraná e Rio Grande do Sul	Estimar a prevalência de diferentes morbidades e seus principais fatores de risco entre mulheres presas no Brasil	A revisão Integrativa confirma ser um métodos de pesquisa incipiente na enfermagem nacional, porém a sua contribuição na melhoria do cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável
6	Mariana Scaff Haddad Bartos	2023	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersectorialidade Ciência e Saúde Coletiva	Ciência e Saúde Coletiva	Pesquisa ensaio de caráter qualitativo	Apresentar reflexões sobre a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade (PNAISP) e a intersectorialidade que a política propõe, considerando os profissionais das equipes de atenção básica prisional (EABP) como burocratas de nível de rua e a dificuldade de acesso à saúde por parte das pessoas privadas de liberdade	O estudo aponta que a privação de liberdade é acompanhada das desigualdades que se materializam no cotidiano das prisões e como os problemas não são isolados, de modo que reconhecer suas diversas dimensões e como interagem entre si são desafios colocados na implementação de políticas intersectoriais, como é o caso da PNAISP

7	Marcela Tavares de Souza, Michelly Dias da Silva, Rachel de Carvalho	2010	Revisão integrativa: o que é e como fazer Einstein	enferma- gem	Revisão Integrativa	Apresentar 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
8	Nahadja Tahaynara Barros Lea, Cláudia Helena Soares de Moraes Freitas, Gabriela Maria Cavalcanti Costa	2022	Enfermeiros no atendimento de urgência em presídios: explorando razões do chamado e local da assistência Ciência, Cuidado e Saúde	Saúde Pública	Estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa	Analisar as percepções dos enfermeiros do SAMU quanto aos atendimentos realizados em penitenciárias perante as razões das demandas e o local da assistência	Com o o estudo foi possível identificar a presença de demandas não pertinentes aos serviços, local inadequado para assistência, falta de privacidade durante os atendimentos e de escolta para transporte quando necessário cuidado prestado ao paciente e familiar é inegável
9	Gilberto Reinaldo de Oliveira, Rodolfo Gomes do Nascimento, Adrilayne dos Reis Araújo	2023	Saúde no cárcere: uma revisão integrativa da literatura Textos & Contextos	Saúde Pública	Revisão integrativa	Analisar as evidências coentíficas que tratam da concretização da entenção à saúde no siste4ma prisional brasileiro	O estudo comprovou que o sistema prisional se caracteriza como um local de violação dos direitos humanos em face dos diversos obstáculos enfrentados pelas pessoas privadas de liberdade para o acesso aos serviços de saúde

10	Lidiane Castro Duare de Aquino, Danielle Teles da Cruz	2023	Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil Caderno Saúde Coletiva	Saúde Pública	Revisão da literatura	Tecer reflexões acerca das bases legais da atenção à saúde das mulheres em privação de liberdade no Brasil, tendo como plano de fundo o conceito ampliado de saúde	O estudo demonstra que mesmo diante dos dispositivos legais, a saúde da mulher privada de liberdade vem sendo duramente negligenciada, o que aponta para a necessidade de mudanças de caráter emergencial nos modelos assistenciais das unidades prisionais, em consonância com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)
11	Mayara Lima Barbosa, Suely Deysny de Matos Celino, Lannuzya Veríssimo Oliveira, Gabriela Maria Cavalcanti Costa	2022	Política nacional de atenção à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade Caderno Saúde Coletiva	Saúde Pública	Estudo qualitativo realizado com 75 pessoas privadas de liberdade que cumpriam pena em penitenciárias do estado da Paraíba	Compreender os desafios para garantia da integralidade no contexto da Política Nacional de Atenção à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional	Os desafios para garantia da integralidade no cuidado às PPL no contexto brasileiro remetem às carências estruturais das políticas públicas de saúde, acentuadas no contexto prisional pela desarticulação entre os processos de trabalho da saúde e da justiça
12	Karina Dal Sasso MEndes, Renata Cristina de Campos Pereira Silveira, Cristina Maria Galvão	2008	Revisão integrativa: métodos de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem Texto Contexto Enfermagem	Enfermagem	Revisão integrativa	Apresentar os conceitos gerais e as etapas para a elaboração da revisão integrativa, bom como aspectos relevantes sobre a aplicabilidade deste método para a pesquisa da 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: Elaboração própria (2024).

A organização do cuidado na atenção primária à saúde prisional é um tema complexo, que exige a consideração de diversos aspectos legais, estruturais e sociais para assegurar o direito à saúde das pessoas privadas de liberdade, antes de dar continuidade, apresenta brevemente os três temas principais oriundos da análise dos artigos, para dar estrutura a esta seção. Abaixo, use um parágrafo – mesmo que longo – para cada tema. A análise das obras selecionadas revela uma necessidade crítica de políticas públicas bem estruturadas e de uma abordagem intersetorial para enfrentar os desafios do sistema prisional, especialmente no que tange a ações integradas de diferentes órgãos, como das áreas de segurança, judiciário, assistência social, previdenciária, além da saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) é um marco importante discutido por vários autores. Barbosa *et al.* (2022) e Bartos (2023) destacam a relevância da intersetorialidade e da integralidade no cuidado à saúde prisional, enfatizando que a cooperação entre diferentes setores é essencial para garantir que as necessidades de saúde da pessoa privada de liberdade sejam atendidas de forma abrangente e eficaz. Essas obras ressaltam a importância de políticas de saúde integradas, que considerem não apenas o tratamento de doenças, mas também a promoção de um ambiente saudável dentro do sistema prisional.

A revisão apresentada por Costa *et al.* (2022) sobre a política de saúde prisional brasileira reforça a necessidade de uma formação contínua dos profissionais de saúde que atuam nesse contexto. A formação é essencial para que esses profissionais possam lidar com as demandas específicas do ambiente prisional, que inclui altos índices de doenças crônicas, transtornos mentais e doenças infecciosas, como evidenciado por Oliveira *et al.* (2023) em sua revisão integrativa sobre saúde no cárcere. A obra de Rossetto *et al.* (2022) destaca que a formação e o apoio contínuos são essenciais para que os profissionais possam oferecer um atendimento humanizado e eficaz, apesar das condições desafiadoras do ambiente prisional.

Aquino e Cruz (2023) exploram especificamente o encarceramento feminino e a necessidade de políticas de saúde sensíveis ao gênero, abordando

as bases legais para a atenção à saúde das mulheres privadas de liberdade no Brasil. A obra destaca que as necessidades de saúde dessas mulheres frequentemente são negligenciadas, e que a PNAISP deve ser adaptada para lidar com essas particularidades, garantindo um atendimento adequado e humanizado. No contexto da atenção à saúde de mulheres encarceradas, Leal *et al.* (2022) enfatizam a necessidade de estratégias de cuidado que levem em consideração as especificidades de gênero, como questões reprodutivas e de saúde mental, que são frequentemente exacerbadas no ambiente prisional. Essa abordagem é complementar ao que Aquino e Cruz (2023) discutem, reforçando a importância de políticas de saúde voltadas especificamente para o público feminino encarcerado.

O desafio da precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional é um ponto crucial discutido por Schultz *et al.* (2022). Os autores apontam que as más condições de trabalho enfrentadas pelos profissionais de saúde comprometem a qualidade do atendimento prestado à pessoa privada de liberdade, um problema que precisa ser resolvido para melhorar a efetividade dos serviços de saúde.

Lea *et al.* (2022) analisam o papel dos enfermeiros no atendimento de urgência em presídios, destacando as condições adversas e os desafios enfrentados por esses profissionais. A obra sugere que, para melhorar a qualidade do atendimento, é necessário um apoio institucional robusto e recursos adequados, alinhando-se às discussões de Schultz *et al.* (2022) sobre a precarização do trabalho na saúde prisional. A revisão integrativa realizada por Rossetto *et al.* (2022) complementa esses pontos, ao analisar as percepções dos profissionais de saúde sobre o atendimento à pessoa privada de liberdade.

Em suma, a organização do cuidado na atenção primária à saúde prisional requer uma abordagem integrada, que leve em conta 1) as especificidades de gênero, 2) as condições de trabalho dos profissionais de saúde e 3) a necessidade de políticas públicas intersetoriais, envolvendo diferentes agentes públicos. Em cada um desses eixos resultantes da revisão integrativa, pode-se depreender recomendações.

Um dos pontos centrais é a necessidade de adaptações específicas para atender às necessidades de diferentes grupos dentro da população carcerária, como as mulheres, que enfrentam desafios únicos de saúde. A importância de políticas de saúde sensíveis ao gênero é crucial para garantir que as necessidades dessas mulheres sejam atendidas de maneira adequada e humanizada.

Além disso, a precarização das condições de trabalho dos profissionais de saúde no sistema prisional, conforme identificado por diversos autores, compromete a qualidade dos cuidados oferecidos. Portanto, melhorar as condições de trabalho e fornecer suporte institucional robusto são fundamentais para assegurar um atendimento eficaz e humano.

Por fim, a importância do trabalho interdisciplinar e da colaboração entre os setores da saúde e da justiça é destacada como essencial para enfrentar os desafios complexos do sistema prisional. A implementação de práticas integrativas e humanizadas, respeitando os direitos humanos e promovendo a justiça social, é a chave para garantir a equidade no acesso aos serviços de saúde para as pessoas privadas de liberdade.

Este trabalho oferece uma base para futuras pesquisas e práticas no campo, com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas privadas de liberdade. Da mesma forma, recomenda a elaboração de novos produtos com abordagens técnicas e tecnológicas que funcionem como guias de orientação dos profissionais da saúde que trabalham na atenção à saúde primária das pessoas privadas de liberdade.

Conclusão

A conclusão deste trabalho destaca a importância da organização do cuidado na atenção primária à saúde prisional, um campo que exige uma abordagem integrada e intersetorial, com base em evidências científicas e políticas públicas robustas. A revisão integrativa realizada neste estudo revelou que, embora existam avanços significativos na formulação de políticas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de

Liberdade (PNAISP), ainda há desafios, especialmente no que diz respeito à implementação efetiva de questões sensíveis a gênero – em especial ao gênero feminino –, de melhores condições de trabalho para o cuidado e à formação contínua dos profissionais de saúde.

As obras discutidas aqui oferecem uma visão abrangente dos desafios e oportunidades para melhorar a saúde das pessoas privadas de liberdade, sublinhando a importância de um sistema de saúde prisional que seja ao mesmo tempo efetivo, eficaz e humano. A organização do cuidado na atenção primária à saúde prisional, portanto, como uma questão de justiça social e de respeito aos direitos humanos, requer uma política pública efetiva.

Essas recomendações serão baseadas em práticas integradas de uma equipe multiprofissional, com foco na universalidade, integralidade e equidade do acesso aos serviços de saúde. Além disso, promoverão iniciativas humanizadas e saudáveis, respeitando os direitos humanos e a justiça social.

Referências

AQUINO, L. C. D. de; CRUZ, D. T. da. Encarceramento feminino e bases legais da atenção à saúde da mulher privada de liberdade no Brasil. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202331040071>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BARBOSA, M. L.; CELINO, S. D. de M.; OLIVEIRA, L. V.; COSTA, G. M. C. Política nacional de atenção integral à saúde das pessoas privadas de liberdade: o desafio da integralidade. **Caderno Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. 1-10, out./dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040603>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BARTOS, M. S. H. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional: uma reflexão sob a ótica da intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, abr. 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hvz7ZLGjrnB8LgrfdbLXsbc>. Acesso em: 25 jul. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 1988. Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 15 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Secretaria Nacional de Políticas Penais. Sistema Nacional de Informações Penais. **População Prisional no Brasil**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-2-semester-de-2023.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.298, de 11 de dezembro de 2021**. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-2.298-de-11-de-dezembro-de-2023-531404223>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. **Lei nº 9.460, de 4 de junho de 1997**. Altera o art. 82 da Lei no 7.210, de 11 de julho de 1984, que institui a Lei de Execução Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 1997. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19460.htm. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 72.210, de 11 de julho de 1984. Institui a Lei de Execução Penal. **Diário Oficial da União**, 13 jul. 1984.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 2 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cartilha - Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário (PNSSP)**. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pnaisp/publicacoes/cartilha-plano-nacional-de-saude-no-sistema-penitenciario-pnssp/view>. Acesso em: 13 ago. 2024.

COSTA, M. C. *et al.* Política de saúde prisional brasileira: uma revisão integrativa. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, Brasília, v. 11, n. 4, p. 103, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.17566/ciads.v11i4.936>. Acesso em: 25 jul. 2024.

ICPR – INSTITUTE FOR CRIME & JUSTICE POLICY RESEARCH. **World Prison Population List**. 14ª ed., 2024. Disponível em: https://www.prisonstudies.org/sites/default/files/resources/downloads/world_prison_population_list_14th_edition.pdf. Acesso em: 13 ago. 2024.

LEA, N. T. B.; FREITAS, C. H. S. M.; COSTA, G. M. C. Enfermeiros no atendimento de urgência em presídios: explorando razões do chamado e local da assistência. **Ciência, Cuidado e Saúde**, p. e58939-e58939, 2022. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/58939>. Acesso em: 18 jul. 2024.

LEAL, M. *et al.* Saúde de mulheres privadas de liberdade no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.10222022>. Acesso em: 25 jul. 2024.

LILACS – LITERATURA LATINO-AMERICANA E DO CARIBE EM CIÊNCIAS EM SAÚDE. Disponível em: <https://lilacs.bvsalud.org>. Acesso em: 12 jul. 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://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>. Acesso em: 25 jul. 2024.

NIH – NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (via PubMed). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 09 jul. 2024.

OLIVEIRA, G. R. de; NASCIMENTO, R. G. do; ARAÚJO, A. dos R. Saúde no cárcere: uma revisão integrativa da literatura. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 22, n. 1, p. 1-16, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2023.1>. Acesso em: 25 jul. 2024.

RIBEIRO, J. L. P. Revisão de Investigação e Evidência Científica. **Psicologia, Saúde & Doenças**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 671-682, 2014. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/psd/v15n3/v15n3a09.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

ROSSETTO, M. *et al.* Olhar profissional no atendimento em saúde às pessoas privadas de liberdade: revisão integrativa. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00909197,

2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs909>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SCHIER, A. C. R. Princípio da universalidade. **Tomo Direito Administrativo e Constitucional**, Edição 1, abr. 2017. Disponível em: <https://enciclopediajuridica.pucsp.br/verbete/77/edicao-1/principio-da-universalidade>. Acesso em: 02 out. 2024.

SCHULTZ, Á. L. V. *et al.* A precarização do trabalho no contexto da atenção primária à saúde no sistema prisional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 12, p. 4407-4414, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222712.09102022>. Acesso em: 25 jul. 2024.

SCIELO – SCIENTIFIC ELECTRONIC LIBRARY ONLINE. Disponível em: <https://scielo.org>. Acesso em: 10 jul. 2024.

SOUZA, M. T. de; SILVA, M. D. da; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, p. 102-106, 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: 02 ago. 2024.

PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19: REVISÃO INTEGRATIVA

Leone Almeida da Matta Gonçalves
Hercules Rossoni Bozzato
Mariana Leal Rodrigues

RESUMO

OBJETIVO: Identificar as percepções dos profissionais da atenção primária à saúde sobre a Covid-19. **METODOLOGIA:** foi realizada uma revisão de literatura do tipo integrativa, com busca nas bases de dados Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), *Medical Literature on Line* (MEDLINE) Bases de dados de Enfermagem (BDENF) e *National Library of Medicine* (PUBMED), utilizando os descritores “Percepção”; “profissionais de saúde”; “Atenção primária à saúde” e “Covid-19” nos últimos 5 anos, identificando-se 13 artigos que atenderam aos critérios de inclusão. **RESULTADOS:** os artigos revisados descreveram as dificuldades encontradas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia por Covid-19. A análise dos estudos revelou quatro categorias relevantes: sobrecarga de trabalho, falta de equipamentos de proteção individual, impacto psicológico e reestruturação dos serviços e continuidade do cuidado. **CONCLUSÃO:** a sobrecarga de trabalho gerada sobre os profissionais de saúde durante a pandemia, geraram um impacto significativo na manutenção do cuidado e na saúde mental de tais trabalhadores, exigindo resposta mais efetivas por parte dos órgãos institucionais no manejo de emergências sanitária.

PALAVRAS-CHAVE: percepção; profissionais de saúde; atenção primária à saúde; Covid-19.

ABSTRACT

OBJECTIVES: Identify the perceptions of primary health care professionals about Covid-19. **METHODOLOGY:** an integrative literature review was carried out, searching the Latin American and Caribbean Literature (LILACS), Medical Literature on Line (MEDLINE), Nursing Databases (BDENF) and National Library of Medicine (PUBMED) databases, using the descriptors “Perception”; “health professionals”; “Primary health care” and “Covid-19” in the last 5 years, identifying 13 articles that met the inclusion criteria. **RESULTS:** the reviewed articles described the difficulties encountered in Primary Health Care during the Covid-19 pandemic. The analysis of the studies revealed four relevant categories: work overload, lack of personal protective equipment, psychological impact and restructuring of services and continuity of care. **CONCLUSION:** the work overload generated on health professionals during the pandemic had a significant impact on the maintenance of care and the mental health of such workers, requiring more effective responses from institutional bodies in the management of health emergencies.

KEYWORDS: perception; health professionals; primary health care; Covid-19.

Introdução

A Covid-19 teve início na China em 2019, em Wuhan, com caso caracterizado como pneumonia de origem desconhecida, sendo o patógeno identificado pertencente à família betacoronavírus, denominado SARS-CoV-2 que apresentava um perfil clínico que ia de infecções assintomáticas à quadros mais graves (Brasil, 2021; Huang *et al.*, 2020; Lu *et al.*, 2020). Em janeiro de 2020, foram registrados casos crescentes da nova infecção fora da China, em países da Ásia, Europa e América do Norte. Esse agente viral apresentava alta infectividade e mortalidade, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 11/03/2020, a declarar a existência de uma pandemia mundial de Covid-19. No Brasil, o primeiro caso doença no país e na América Latina foi notificado em 22/01/2020, determinando a necessidade de monitoramento das áreas atingidas (Brasil, 2020; Garcia; Duarte, 2020).

A pandemia da Covid-19 representou um grave problema de saúde pública que atingiu todo planeta e influenciou no cotidiano da sociedade, gerando impactos sociais, econômicos e políticos. Medidas de controle e prevenção da doença foram tomadas pelas autoridades sanitárias locais em esferas diferentes como os governos federais, estaduais e municipais, a fim de conter a alta transmissibilidade com a chegada da Covid-19 no país, as medidas preventivas adotadas pelo Brasil foram o distanciamento social, acompanhado do isolamento de casos confirmados, a lavagem frequente das mãos, o uso do álcool gel, o uso de máscaras e a higienização de ambientes, alimentos e objetos (Brasil, 2020 Garcia; Duarte, 2020).

No que tange os profissionais de saúde, a contaminação e o adoecimento deles no atendimento dos pacientes foram realidade durante toda a pandemia, inclusive com o registro de centenas de casos de óbito de trabalhadores da saúde pela infecção da Covid-19 no Brasil e no mundo. Surgindo assim uma maior necessidade de acompanhamento dessa população que concentra um potencial grande de adoecimento, como profissionais que atuam em setores como a linha de frente de cuidado com a saúde (Silva-Junior *et al.*, 2021).

Nesse sentido, esses profissionais constituíram um grupo de risco para a Covid-19 devido à exposição direta aos pacientes infectados, o que fez com que recebessem uma alta carga viral. Além disso, foram submetidos a um enorme estresse ao atender esses pacientes principalmente durante o período pandêmico, muitos em situação grave, em condições de trabalho frequentemente inadequadas (Teixeira *et al.*, 2020).

Segundo Saidel e Campos (2020), os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) são a porta de entrada na população no processo de tratamento, no entanto, esses profissionais enfrentam, no cotidiano de trabalho mesmo antes da pandemia, inúmeros desafios relacionados ao processo de trabalho. Neste cenário específico, crises e outros agravos de condição de trabalho dessa população, poderão intensificar-se, razão que torna essenciais planejamentos e consolidações de estratégias efetivas de cuidados em saúde mental para trabalhadores da saúde brasileiros.

Diante do exposto, tem como objetivo identificar as percepções adotadas por profissionais de saúde da atenção primária sobre a Covid-19 publicadas recentemente em periódicos científicos.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, que corresponde a um método de pesquisa que facilita a síntese da produção a respeito de uma área de conhecimento que está sendo estudada, organizada de maneira ordenada e sistemática, onde tem-se como objetivo favorecer o conhecimento, além de propagar produções científicas de outros autores. A revisão integrativa é a mais ampla, tendo como vantagem a inclusão paralela de pesquisa experimental e quase-experimental, favorecendo um entendimento mais complexo e completo do tema abordado (Mendes *et al.*, 2008).

A revisão integrativa deve seguir o cumprimento de algumas etapas para a construção do estudo, dentre elas estão: a identificação do tema e seleção da questão norteadora; definição dos critérios de inclusão e exclusão; informações a serem coletadas dos estudos selecionados; análise dos estudos incluídos; avaliação e apresentação dos resultados na estrutura da revisão integrativa. Para esse estudo foi utilizado a pergunta norteadora por meio da estratégia PICO (P - Population (população); I - phenomenon of Interest (fenômeno de interesse) e Co - Context (contexto), apresentando a seguinte questão de pesquisa: quais as percepções adotadas pelos profissionais da saúde da atenção primária sobre a Covid-19 nos últimos cinco anos?

Para responder à questão, utilizou-se uma consulta aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), através da Biblioteca Virtual em Saúde e do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library*, para conhecimento dos descritores universais. Onde os descritores selecionados foram: “Percepção”; “profissionais de saúde”; “Atenção primária à saúde” e “Covid-19” e os descritores no *National Library of Medicine* (PUBMED): “perception”, “primary healthcare”, “health worker” e “Covid-19” combinados com o operador booleano AND.

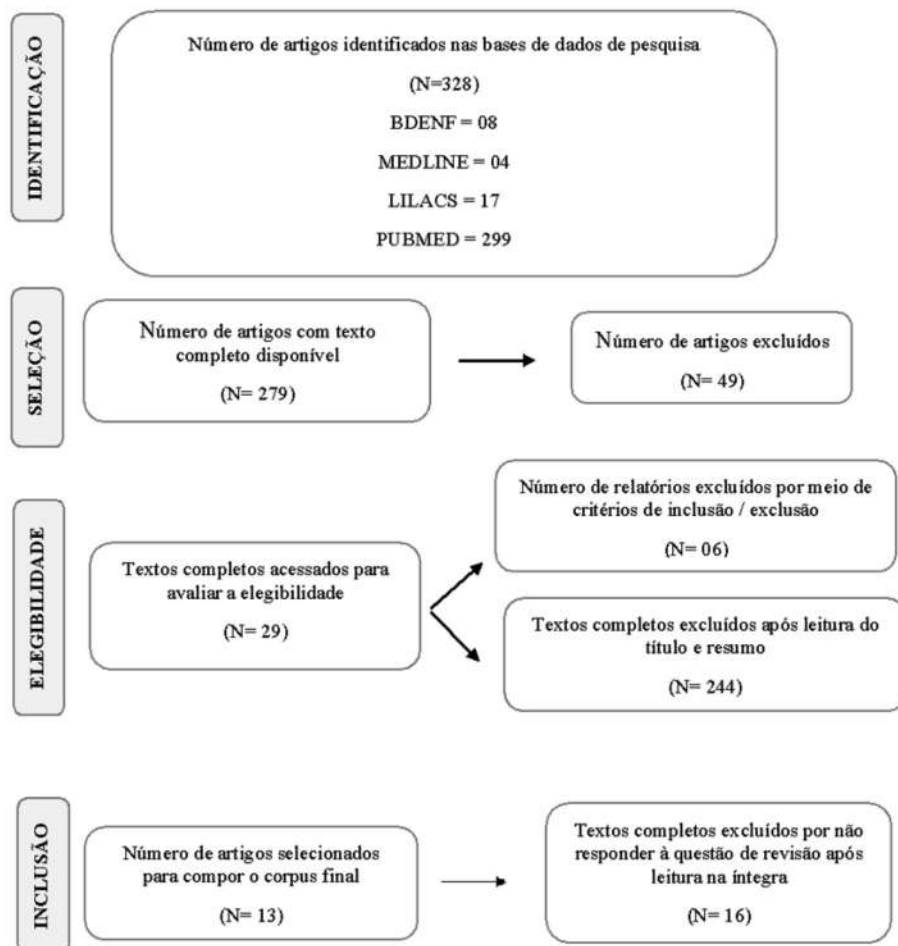
Foi realizada a busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), selecionando como bases de dados: Literatura da América Latina e Caribe (LILACS), *Medical Literature on Line* (MEDLINE) Bases de dados de Enfermagem (BDENF) e *National Library of Medicine* (PUBMED), entre os meses de junho a agosto de 2024: Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis em texto completo de forma gratuita, disponíveis eletronicamente e idiomas português, inglês e espanhol. O período de elegibilidade foram os últimos 5 anos, período que compreende a pandemia da Covid-19. Foram considerados critérios de exclusão: publicações sem acesso ao texto completo ou amplamente disponíveis, cartas ao editor, opinião, editorial, teses, dissertações, monografias de conclusão de cursos, resumos e apresentações em eventos científicos, entre outras publicações que não tratassem do referido tema após análise de todos os artigos encontrados.

Para a organização das informações, foi elaborada uma planilha eletrônica no Microsoft Office Excel®, contendo as seguintes informações: título, autores, ano de publicação, periódico, objetivo. Inicialmente, as informações foram organizadas e inseridas em um quadro. Foi realizada a análise de dados temática para a categorização dos estudos de forma descritiva, possibilitando observar, analisar, descrever e classificar os dados.

Resultados

Foram identificadas nas referidas bases de dados BVS um total de 24 estudos e 299 estudos na PUBMED. A busca na literatura segue as orientações do fluxograma PRISMA. Em seguida, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, restaram 279 artigos elegíveis. Iniciou-se a leitura dos títulos e resumos em exclusão de 244 artigos que não possuíam a população, fenômeno ou contexto buscados. Posteriormente, seguiu-se com a leitura criteriosa e integral dos 29 estudos restantes, buscando por artigos robustos e dentro da temática proposta, resultando em uma amostra final de 13 artigos. Esse procedimento é esboçado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma que apresenta o percurso realizado para seleção das produções científicas



Fonte: Elaborada pelos autores (2024).

Síntese dos resultados

Foi organizado um quadro para a disposição dos 13 artigos selecionados, contendo as seguintes variáveis: Título, Autores, Ano de publicação e identificação do periódico de origem (Quadro 1).

Quadro 1. Descrição da produção científica incluída na revisão integrativa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2024

Título do Artigo	Autores	Ano de Publicação	País	Periódico
"The Experiences of Primary Healthcare Nurses During the COVID-19 Pandemic in Australia"	Halcomb et al.	2020	Austrália	Journal of Nursing Scholarship, v. 52, n. 5, p. 553-563, 2020. doi: 10.1111/jnu.12589.
"Community health workers experiences and perceptions of working during the COVID-19 pandemic in Lagos, Nigeria-A qualitative study"	Olateju et al.	2022	Nigéria	PloS one, v. 17, n. 3, p. e0265092, 2022. doi: 10.1371/journal.pone.0265092.
"The Experiences and Perceptions of Health-Care Workers During the COVID-19 Pandemic in Muscat, Oman: A Qualitative Study"	Al Ghafri et al.	2020	Omã	Journal of primary care & community health, v. 11, p. 2150132720967514, 2020. doi: 10.1177/21501327220967514.
"Perceptions of primary healthcare physicians in Jordan of their role in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study"	Saadeh et al.	2021	Jordânia	International Journal of Clinical Practice, v. 75, n. 11, p. e14797, 2021. doi: 10.1111/ijcp.14797.
"What can general practice learn from primary care nurses' and healthcare assistants' experiences of the COVID-19 pandemic? A qualitative study"	Russell et al.	2022	Reino Unido	BMJ open, v. 12, n. 3, p. e055955, 2022. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055955.
"A qualitative study to explore primary health care practitioners' perceptions and understanding regarding the COVID-19 pandemic in KwaZulu-Natal, AS"	Nxumalo e Mchunu	2021	África do Sul	African journal of primary health care & family medicine, v. 13, n. 1, 2021. doi: 10.4102/phcfm.v13i1.3084.
"What else to say? -Primary health care in times of COVID-19 from the perspective of German general practitioners: An exploratory analysis"	Stark et al.	2023	Alemanha	Plos one, v. 18, n. 3, p. e0282504, 2023. doi: 10.1371/journal.pone.0282504.

“A longitudinal qualitative exploration of victorian healthcare workers’ and organisations’ evolving views and experiences during COVID-19”	McGuinness et al.	2024	Austrália	BMC Health Services Research, v. 24, n. 1, p. 596, 2024. doi: 10.1186/s12913-024-11067-z.
“Prepared and highly committed despite the risk of COVID-19 infection: a cross-sectional survey of primary care physicians’ concerns in Singapore”	Lau et al.	2021	Singapura	BMC Family Practice, v. 22, p. 1-9, 2021. doi: 10.1186/s12875-021-01370-7.
“Family physicians’ perspectives on the impact of COVID-19 on preventative care in primary care: findings from a qualitative study”	Vaughan et al.	2024	Canadá	Family Practice, v. 41, n. 4, p. 518-524, 2024. doi: 10.1093/fampra/cmact113.
“Percepção dos profissionais da saúde no enfrentamento da COVID-19: principais desafios no processo de trabalho”	Sousa et al.	2024	Brasil	Revista Baiana de Saúde Pública, v. 48, n. 1, p. 102-119, 2024. doi: 10.22278/2318-2660.2024.v48.n1.a4033.
“Percepção dos enfermeiros sobre condições de trabalho na atenção primária durante a pandemia de SARS-CoV-2”	Felix et al.	2024	Brasil	Enfermagem em Foco, v. 15, supl.1, p. 1-6, 2024. doi: 10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202408SUPL1.
“Efeitos da COVID-19 na atenção primária à saúde dos indígenas: percepções dos profissionais”	Oliveira et al.	2023	Brasil	Rev. Pesqui., v. 15, p. e12081, 2023. doi: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v15.12081.

Fonte: Elaborado pelos autores, 2024.

A pandemia causada pela Covid-19 trouxe novos desafios aos sistemas de saúde em todo o mundo, principalmente na Atenção Primária em Saúde (APS), como apontado nos 13 estudos analisados. De um modo geral, podemos encontrar alguns pontos em comum nas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde, independente do país ou localização, tendo questões como a falta de (Equipamentos de Proteção Individuais) EPIs, o aumento da sobrecarga de trabalho, a reestruturação dos processos de trabalho e o impacto como pontos comuns em diversos países.

Nos estudos de Sousa *et al.* (2022); Felix *et al.* (2022); Lau *et al.* (2021) e Halcomb *et al.* (2020) apontam uma sobrecarga significativa de trabalho, além de escassez de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) como os principais desafios enfrentados na APS, bem como o impacto emocional sobre os profissionais. Cabe destacar ainda que o impacto emocional, levou inúmeros destes profissionais a experimentar sintomas de *burnout*, sendo amplamente relatado nos estudos McGuinness *et al.* (2024) na Austrália e Stark *et al.* (2023) na Alemanha.

Dois estudos sobre o atendimento dos profissionais de saúde às populações vulneráveis, relatam o aparecimento de desafios específicos como a falta de recursos e infraestrutura mínima necessária para atender as demandas dessa população. Os profissionais que atuam nestes locais destacam as barreiras logísticas encontradas e a piora na escassez de recursos, como fatores que agravam a sua vulnerabilidade (Oliveira *et al.*, 2022; Olateju *et al.*, 2022).

Outro tema abordado é a continuidade do cuidado preventivo realizado pela APS, bem como o acompanhamento dos pacientes que vivem com doenças crônicas. Vaughan *et al.* (2024), ao abordar a experiência de médicos de família no Canadá, destacam uma diminuição importante do acompanhamento de doenças crônicas, causada por sua vez por um direcionamento do fluxo de trabalho para enfrentar a Covid-19. Tal situação foi observada também no Reino Unido por Russell *et al.* (2022) e na Jordânia por Saadeh *et al.* (2021).

A necessidade de adaptação pelos profissionais de saúde da APS às novas demandas e protocolos de segurança específicos foi um desafio universal. Os estudos de Halcomb *et al.* (2020) e Nxumalo e Mchunu (2021) destacam como a implementação de forma rápida de novas diretrizes traz um impacto na rotina de trabalho dos médicos e enfermeiros e médicos de APS. Para Al Ghafri *et al.* (2020) em Omã, a comunicação inadequada entre gestores e profissionais de saúde tornou-se mais uma barreira, acarretando um manejo ineficiente das informações e protocolos.

Discussão

A pandemia da Covid-19 certamente representa um marco na história recente da saúde pública mundial, trazendo consigo enormes desafios para os profissionais da APS, linha de frente no combate à Covid-19 e expondo fragilidades significativas nos sistemas de saúde. Independentemente da localização, podemos observar um padrão nas dificuldades enfrentadas por estes profissionais, sendo possível notar que a percepção da pandemia foi moldada por fatores contextuais, como a estrutura dos sistemas de saúde, a disponibilidade ou falta de recursos, bem como as políticas governamentais instituídas em resposta à crise.

Sobrecarga de trabalho

Considerada uma constante para os profissionais de saúde da APS durante a pandemia, a sobrecarga de trabalho causada pela Covid-19 teve um impacto direto tanto na qualidade do atendimento prestado, quanto na saúde mental dos trabalhadores.

Para Sousa *et al.* (2022) e Felix *et al.* (2022), a escassez de recursos humanos atrelado a um aumento súbito na demanda por atendimentos agravou a situação dos profissionais. A necessidade urgente de adaptação aos protocolos de atendimento, bem como a reorganização dos serviços de saúde é observado também por Halcomb *et al.* (2020) na Austrália como outro fator agravante na sobrecarga sofrida.

Moura e Ribeiro (2021) analisam o impacto que a pandemia teve na sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde no Brasil, trazendo a escassez de profissionais capacitados e o tempo dedicado às atividades burocráticas como um fator determinante para o agravamento da situação. Nos Estados Unidos, Smith *et al.* (2021) demonstram que tanto a sobrecarga de trabalho, como a escassez de EPIs acarretaram níveis elevados de estresse e *burnout* entre médicos e enfermeiros da APS.

No entanto, a sobrecarga não foi apenas física, mas também emocional, com a responsabilidade de proteger pacientes vulneráveis, a incerteza em

relação ao futuro e o medo da contaminação, criando uma pressão psicológica adicional, como registrado por Stark *et al.* (2023) e McGuinness *et al.* (2024). Na China, Zhang *et al.* (2021) revelam a exaustão emocional como um dos fatores mais abordados pelos profissionais de saúde, que relatam ainda uma preocupação constante em relação às suas famílias.

Falta de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs)

Talvez um dos maiores desafios enfrentados por profissionais da APS em diversos contextos, abordado em países com sistemas de saúde robustos e naqueles que possuem uma infraestrutura deficiente, foi a falta de EPIs. Conforme Sousa *et al.* (2022), no Brasil, a falta de EPIs foi um problema recorrente, principalmente durante os estágios iniciais da pandemia. O planejamento governamental ineficaz e a incorreta distribuição desses equipamentos acabaram expondo muitos profissionais, elevando o risco de contaminação e a subsequente maior sensação de insegurança por parte destes profissionais.

Um estudo realizado na Nigéria onde profissionais da APS enfrentaram situações precárias com apoio governamental extremamente insuficiente, onde a escassez de EPIs foi um fator que afetou profundamente a segurança dos profissionais e aumentando a sensação de abandono por parte das entidades governamentais (Olateju *et al.*, 2022).

Entretanto, a falta de EPIs não afetou apenas países em desenvolvimento, nos Estados Unidos por exemplo, onde era esperada uma resposta eficaz, Ranney, Griffeth e Jha (2020), destacaram que a escassez de EPIs levou à implementação de políticas de reutilização dos equipamentos de proteção, gerando incertezas quanto à eficácia de tais medidas na proteção dos trabalhadores. Tais problemas foram observados na Itália, onde houve escassez de EPIs, com profissionais de saúde sendo obrigados a improvisar equipamentos a partir de materiais alternativos (Caruso *et al.*, 2020).

Impacto psicológico

O impacto psicológico da pandemia da Covid-19 sobre os profissionais de saúde da APS foi um tema recorrente nos estudos analisados, abordando as consequências emocionais e psicológicas causadas pela sobrecarga de trabalho, pelo medo da contaminação e pela exposição prolongada a ambientes de estresse. No Brasil, Felix *et al.* (2022) e McGuinness *et al.* (2024) trazem a pressão constante sobre os enfermeiros da APS como fator responsável por níveis elevados de depressão, ansiedade e *burnout*. Carmassi *et al.* (2020), na Itália, e Zhang *et al.* (2021), na China, abordaram o impacto que a pandemia teve na saúde mental dos profissionais de saúde, trazendo a falta de suporte emocional como um agravante dos problemas psicológicos.

A sobrecarga emocional foi agravada pela sensação de impotência diante da pandemia, conforme demonstrado por Lau *et al.* (2021), em Singapura onde pode-se observar que embora os médicos estivessem comprometidos com seu trabalho, o medo da infecção pelo Covid-19, somado à preocupação com suas famílias causaram um estado de estresse contínuo. Tais resultados são corroborados por Moreno *et al.* (2021), que observaram as consequências do desgaste emocional em profissionais de saúde espanhóis, evidenciando que o impacto causado pela pandemia extrapola os aspectos operacionais e afeta diretamente o bem-estar psicológico dos trabalhadores.

Reestruturação dos Serviços e Continuidade do Cuidado

A reestruturação da atenção primária, necessária para enfrentar a pandemia de Covid-19, teve implicações diretas sobre a continuidade do cuidado. Estudos como o de Saadeh *et al.* (2021) realizado na Jordânia e de Vaughan *et al.* (2024) realizado no Canadá, demonstraram que a priorização dos atendimentos aos casos da Covid-19, acarretaram uma redução importante das consultas de rotina e consequentemente do acompanhamento de pacientes com doenças. Para os autores, é impossível prever o impacto que essa queda no acompanhamento pode gerar nos sistemas de saúde, uma vez que doenças que

poderiam ser prevenidas ou controladas no seu surgimento podem evoluir para estágios graves e desfechos desfavoráveis.

Quando levamos em consideração populações vulneráveis, Oliveira *et al.* (2020), demonstram que no contexto das comunidades indígenas o impacto foi ainda maior, devido à falta de acesso contínuo a serviços de saúde, agravada pela pandemia. Outro estudo que corroboram com esse achado foi descrito por Nxumalo e Mchunu (2021) relataram que a reorganização dos serviços da APS realizada com o objetivo de enfrentar a pandemia limitou o acesso dos pacientes a cuidados preventivos, impactando diretamente no tratamento de doenças crônicas.

Em países desenvolvidos, como o Reino Unido, Russell *et al.* (2022) evidenciam que a readequação dos serviços da APS resultou em uma mudança nas práticas de cuidado, dando espaço ao aumento da prática da telemedicina. Os autores destacam, que embora essa tenha sido uma solução necessária e inovadora, tal modalidade de atendimento não é capaz de substituir o atendimento presencial, principalmente em relação aos pacientes mais vulneráveis.

Conclusão

Em suma, mesmo com os contextos mais diversos encontrados, há um encontro nas dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde da APS no Brasil e ao redor do mundo. Os desafios enfrentados durante a pandemia servem para reforçar a necessidade urgente de melhoria na preparação do manejo de crises sanitárias, com investimentos tanto em infraestrutura quanto em recursos humanos, bem como suporte emocional e psicológico contínuo aos profissionais atuantes em tais situações.

A revisão possibilitou trazer à tona um impacto significativo no fluxo de trabalho, na escassez de equipamentos de proteção, o impacto psicológico trazido consigo dentre tantas outras dificuldades relatadas nos trabalhos, tornando evidente a necessidade de investimento tanto em suporte emocional, quanto em infraestrutura e recursos materiais. A pandemia

expôs fragilidades nos sistemas de saúde globais descritas ao longo do texto, exigindo uma resposta coordenada, equitativa e sustentável, com o objetivo de garantir a proteção dos profissionais de saúde e a manutenção dos cuidados prestados à população.

Referências

AL GHAFFRI, T. *et al.* The experiences and perceptions of health-care workers during the COVID-19 pandemic in Muscat, Oman: A qualitative study. **J Prim Care Community Health**, v. 11, p. 2150132720967514, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia COVID-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretárias de Saúde, 4ª ed. Brasília-DF, 2020. p. 1-254.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019: COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 88 f.

CARUSO, R. *et al.* Burnout in healthcare workers during COVID-19: A systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 29, n. 17, p. 3472-3484, 2020.

CARMASSI, C. *et al.* Post-traumatic stress symptoms in healthcare workers facing the three coronavirus outbreaks: What can we expect after the COVID-19 pandemic? **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 119, p. 35-45, 2020.

FELIX, R. S. *et al.* Percepção dos enfermeiros sobre condições de trabalho na atenção primária durante a pandemia de SARS-CoV-2. **BVS Saúde**, 2022. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1537172>. Acesso em: 10 dez. 2022.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

HALCOMB, E. *et al.* The experiences of primary healthcare nurses during the COVID-19 pandemic in Australia. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 52, n. 5, p. 553-563, 2020. DOI: 10.1111/jnu.12589.

HUANG, C. *et al.* Características clínicas de pacientes infectados com novo coronavírus de 2019 em Wuhan, China. **Lancet**, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6022. Acesso em: 10 dez. 2024.

LAU, J. *et al.* Prepared and highly committed despite the risk of COVID-19 infection: Primary care physicians' concerns in Singapore. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 22, 2021.

LU, R. *et al.* Caracterização genômica e epidemiologia de novos coronavírus 2019: implicações para as origens do vírus e ligação ao receptor. **Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 565-574, 2020.

MCGUINNESS, S. L. *et al.* A longitudinal qualitative exploration of Victorian healthcare workers' and organisations' evolving views and experiences during COVID-19. **BMC Health Services Research**, v. 24, n. 596, 2024.

MORENO, C. *et al.* How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. **The Lancet Psychiatry**, v. 7, n. 9, p. 813-824, 2021.

NXUMALO, C. T.; MCHUNU, G. G. A qualitative study to explore primary health care practitioners' perceptions and understanding regarding the COVID-19 pandemic in KwaZulu-Natal, South Africa. **African Journal of Primary Health Care & Family Medicine**, v. 13, n. 1, p. e1-e11, 2021.

OLATEJU, Z. *et al.* Community health workers experiences and perceptions of working during the COVID-19 pandemic in Lagos, Nigeria: A qualitative study. **PLOS ONE**, v. 17, n. 3, p. e0265092, 2022.

OLIVEIRA, A. T. *et al.* Efeitos da COVID-19 na atenção primária à saúde dos indígenas: percepções dos profissionais. **Rev. Pesqui.**, v. 15, p. e12081, 2023. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1436244>. Acesso em: 10 dez. 2024.

RANNEY, M. L.; GRIFFETH, V.; JHA, A. K. Critical supply shortages—The need for ventilators and personal protective equipment during the COVID-19 pandemic. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 18, p. e41, 2020.

RUSSELL, A. *et al.* What can general practice learn from primary care nurses' and healthcare assistants' experiences of the COVID-19 pandemic? A qualitative study. **BMJ Open**, v. 12, n. 3, p. e055955, 2022.

SAADEH, R. *et al.* Perceptions of primary healthcare physicians in Jordan of their role in the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. **International Journal of Clinical Practice**, v. 75, n. 11, p. e14797, 2021.

SAIDEL, M. G. B.; CAMPOS, C. J. G. The perception of health professionals regarding the care for the elderly with mental disorders. **SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 16, n. 1, p. 1-8, 2020. D

SILVA-JUNIOR, J. S. *et al.* Estressores psicossociais ocupacionais e sofrimento mental em trabalhadores de saúde na pandemia de COVID-19. **Einstein**, v. 19, eAO6281, 2021.

SMITH, K. A.; ZHANG, Y.; WANG, X. COVID-19 and Healthcare Workers: Psychological and Mental Health Impact of COVID-19 on Healthcare Workers in the United States. **American Journal of Health Sciences**, v. 8, n. 3, p. 45-58, 2021.

SOUSA, F. E. L. *et al.* Percepção dos profissionais da saúde no enfrentamento da COVID-19: principais desafios no processo de trabalho. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 48, n. 1, p. 102-119, 2024. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1555779>. Acesso em: 10 dez. 2024.

STARK, S. *et al.* Primary health care in times of COVID-19 from the perspective of German general practitioners: An exploratory analysis of the open text field in the PRICOV-19 study. **Plos one**, v. 18, n. 3, p. e0282504, 2023.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciencia & saude coletiva**, v. 25, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-noenfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634>. Acesso em: 10 dez. 2024.

VAUGHAN, C. *et al.* Family physicians' perspectives on the impact of COVID-19 on

preventative care in primary care: Findings from a qualitative study. **Family Practice**, v. 41, n. 4, p. 518-524, 2024.

ZHANG, X. *et al.* Psychological impact of COVID-19 on healthcare workers in China. **General Psychiatry**, v. 34, n. 5, p. e100347, 2021.

A FORMAÇÃO EM PRECEPTORIA EM PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Lídia da Silva Pereira de Oliveira
Mirna Teixeira Leonardo Graever
Ana Laura Brandão

RESUMO

INTRODUÇÃO: O estudo aborda a formação de preceptores para programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) na Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, a partir de uma revisão integrativa da literatura. A RMS, regulamentada pela Lei nº 11.129/2005, objetiva articular ensino, serviço e comunidade visando formar profissionais da saúde em diversas áreas, exceto medicina, em regime de dedicação exclusiva com supervisão docente. **METODOLOGIA:** A revisão segue o modelo PICO (Population, Intervention, Context) e utiliza as bases de dados Lilacs, Medline/PubMed e IBICT. **RESULTADOS:** Identificou-se que a formação em preceptoria enfrenta desafios como falta de preparo específico, sobrecarga de trabalho e ausência de clareza nas funções dos preceptores. Além disso, questões institucionais, como a ausência de apoio e remuneração adequada, impactam o desempenho dos preceptores. A revisão revelou também que a formação para preceptores não é suficientemente coberta nas graduações, o que gera lacunas significativas para a prática profissional. **CONCLUSÃO:** Como solução, sugere-se a implementação de programas de capacitação específicos, com foco na realidade dos serviços de APS, para preparar adequadamente esses profissionais. O estudo sinaliza que fortalecer a formação desses profissionais é essencial para melhorar a qualidade do atendimento no Sistema Único de Saúde

(SUS) e desenvolver uma prática interdisciplinar que responda às necessidades de saúde da população brasileira.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária em Saúde; Residência Multiprofissional; preceptoria; formação.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The study examines the training of preceptors in Multiprofessional Health Residency (RMS) programs within Primary Health Care (APS) in Brazil, through an integrative literature review. RMS, regulated by Law No. 11,129/2005, aims to integrate education, service, and community to train health professionals in various fields (except medicine) under full-time dedication with faculty supervision. **METHODOLOGY:** Using the PICo model and databases like Lilacs, Medline/PubMed, and IBICT. **RESULTS:** The study identifies challenges such as lack of specific preparation, workload, and unclear preceptor roles. Institutional issues like insufficient support and compensation also affect performance. The review reveals gaps in preceptor training at undergraduate levels, affecting professional practice. **CONCLUSION:** As a solution, it suggests implementing targeted training programs focused on APS services to better prepare these professionals. The study highlights that strengthening preceptor training is essential to improve the quality of care in the Brazilian Unified Health System (SUS) and to foster interdisciplinary practice addressing the health needs of the Brazilian population.

KEYWORDS: Basic Health Care; Multiprofessional Residency; preceptorship; training.

Considerações iniciais

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação em nível de pós-graduação *lato sensu* que tem como principal característica realizar-se por meio do trabalho em saúde, visando superar o modelo caracterizado como biomédico (Silva, 2020). Além disso, é definida como

integração ensino-serviço-comunidade, a partir das necessidades regionais e locais, destinadas a categorias profissionais da saúde, exceto a médica. E, devem ser “desenvolvidas em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde” (Brasil, 2005).

Foi instituída por meio da Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 com a designação de Residência Área Profissional da Saúde (RAPS) e Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), e disposta pela portaria interministerial nº 2.117 de 03 de novembro de 2005, ambas consistem em programas de cooperação intersetorial e têm como objetivo facilitar a inserção de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho (Brasil, 2005).

As profissões da área da saúde que são contempladas nessa modalidade de formação são: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, conforme resolução CNS nº 287/1998 (Brasil, 1998). Contudo para ser reconhecido como multiprofissional, o programa deve possuir no mínimo (03) três profissões da saúde; caso o programa esteja constituído em mais de uma área de concentração, possuir (03) três profissões da saúde em cada área (Brasil, 2012).

O Ministério da Saúde (MS) criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), cuja organização e funcionamento são compartilhados entre o Ministério da Educação (MEC) e MS (Brasil, 2005). A portaria interministerial MEC/MS nº 593 de 15 de maio de 2008, dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS, estabelece que sua finalidade é atuar na formulação e execução do controle das RMS e RAPS (Brasil, 2008). Essa comissão é estruturada por um plenário; coordenação-geral; secretaria executiva; subcomissões; e câmaras técnicas. Os dois últimos componentes da estrutura, são estabelecidos como instâncias de assessoramento com emissão de parecer à CNRMS (Brasil, 2008b).

As normativas que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS são: Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143,

de 7 de julho de 2005; Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005 e a Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008, que instituiu a carga horária semanal de 60 (sessenta) horas para as residências uni e multiprofissionais (Brasil, 2008a).

A resolução CNRMS nº 3, de 4 de maio de 2010 sedimenta as bases para a estrutura dos programas de residência, estabelecendo que as RMS e RAPS devem possuir uma carga horária mínima total 5760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas, com duração mínima de dois anos, com o desenvolvimento dessas horas divididos em 80% da carga horária total sob forma de atividades práticas e com 20% sob forma de atividades teóricas ou teórico-práticas (Brasil, 2010).

Esta normativa também esclarece que as atividades práticas são relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, obrigatoriamente sob supervisão de docente ou preceptor; as atividades teóricas visam a obtenção de conhecimentos teóricos e técnicos que permitam o desenvolvimento de modelos teórico-práticos, podendo ser desenvolvidos em grupos ou de forma individual, com a orientação de docentes, preceptores ou convidados; e, as atividades teórico-práticas, são realizadas por meio da aplicabilidade do conteúdo teórico no contexto prático, em laboratórios, ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos ou em ações coletivas, sob orientação de docentes, preceptores ou convidados (Brasil, 2010).

E, para que o residente receba o certificado de conclusão, o mesmo deverá apresentar, individualmente, monografia ou artigo científico, além de cumprir integralmente a carga horária do programa; no mínimo de 85% da carga horária teórica e teórico-prática; aprovação das avaliações realizadas ao longo do curso (Brasil, 2010).

Para a implementação dos PP, as residências devem possuir: a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), a coordenação de programa, o Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), os docentes, tutores, preceptores e residentes (Brasil, 2012).

As normativas que embasam os programas de RMS afirmam que a formação dos residentes deve ser desenvolvida em cenários de prática

cujo processo de trabalho se dê por meio das linhas de cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), adotando metodologias de gestão da clínica, de modo a promover uma formação multiprofissional, interdisciplinar, fundamentada na atenção integral, contemplando as prioridades locais e regionais (Brasil, 2012).

Os programas de RMS na APS são considerados programas de integração ensino-serviço-comunidade, portanto desenvolvem-se através da articulação de diversos atores, sendo gestores, trabalhadores e usuários. Partir desta premissa é compreender que os programas precisam estar em sinergia com a gestão local, atentos às características e limitações dos serviços, aos processos de trabalho em curso e, também, abertos a dialogar com a população dos territórios.

Além dessas normativas, a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, dispõe as diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde (Brasil, 2012) e define o papel dos profissionais que compõem os programas, embora todos os atores que fazem parte tenham importância, neste trabalho nos debruçaremos sobre o preceptor. O Artigo 13 desta resolução define o preceptor como um profissional com nível de especialista vinculado à instituição formadora e caracteriza a função de preceptor como a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde (Brasil, 2012).

Portanto, os preceptores têm como missão administrar os desafios da realidade e do trabalho vivo, inserindo o residente nos serviços de saúde, sem perder a dimensão do estímulo ao pensamento crítico-reflexivo de modo que o processo de trabalho seja vivenciado e problematizado, promovendo o desenvolvimento do aprendizado e mudanças na cultura institucional dos serviços (Montenegro; Bezerra, 2020).

Diante do exposto, esse artigo trata-se de uma revisão integrativa que visa responder à pergunta norteadora: Quais as evidências científicas produzidas acerca de modelos de formação em preceptoria para programas de residência multiprofissional em APS?

Materiais e métodos

A presente pesquisa trata-se de revisão integrativa da literatura considerando as seis etapas segundo as autoras Mendes; Silveira & Galvão (2008). Para a elaboração do fluxograma e a construção do presente artigo, foram utilizadas as orientações do *checklist* do PRISMA 2020 (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*).

O método de escolha para a realização desta revisão, deu-se pela sua aplicabilidade efetiva na área da saúde, pois permite que a partir da busca, avaliação crítica e síntese das evidências, o pesquisador obtenha o estado atual da arte do tema investigado, podendo, assim, conhecer as estratégias, intervenções e o custo já empregados, além de identificar lacunas de conhecimento que poderão direcionar o desenvolvimento de novas pesquisas (Mendes; Silveira; Galvão, 2008). Diante disso, a presente pesquisa considerou os seis passos da revisão integrativa.

Seleção da questão norteadora

Essa etapa foi realizada por meio da estratégia PICo. Este acrônimo corresponde a: P – *Population* (população), I – *Intervention* (intervenção) e Co – *Context* (contexto). Sendo assim, temos como acrônimo correspondente para o presente estudo, sendo a letra P para os preceptores de programa de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, I refere-se a formação em preceptoria de programas de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, C modelo de formação em preceptoria de programas de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde e, O formação em preceptoria de programas de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde, o que resultou na pergunta de pesquisa: “Quais são as evidências científicas produzidas a cerca de modelos de formação em preceptoria para programas de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde?

Determinação dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura

Foram consultadas as bases de dados eletrônicas, Literatura Latino-Americana; do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs); e National Library of Medicine (Medline) pelo portal PubMed e o Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia (IBICT). Foram incluídos artigos nos idiomas português e inglês, publicados de 2014 até 2024, e, também, dissertações, livros, normativas manuais, portais institucionais do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, de 2005 (ano da primeira normativa sobre residências multiprofissionais no Brasil) até 2024, que continham no título ou no resumo palavras de acordo com a temática do estudo (formação em preceptoria; formação em preceptoria de programas multiprofissionais; formação em preceptoria de programas multiprofissionais na APS).

Excluíram-se das buscas: produções científicas que abordassem residências uniprofissionais, níveis de atenção à saúde exceto a Atenção Primária à Saúde e formação de outros atores pertencentes a programas de residência multiprofissional na Atenção Primária à Saúde exceto preceptor.

Categorização dos estudos e extração de dados

Para a formação de um banco de dados, as informações foram extraídas de acordo com os critérios do PRISMA, sendo: ano de publicação; país; delineamento do estudo; quantidade de participantes; objetivo(s) do estudo; desfechos e principais achados e conclusões.

Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Primeiramente, foi realizada leitura de títulos e resumos dos artigos identificados pela busca bibliográfica, a partir disso, foram selecionados os trabalhos que respondiam a pergunta de pesquisa, constituindo a amostra dos trabalhos que integraram a revisão. Os artigos foram classificados de acordo com os níveis de evidência: nível I - evidência decorrente de revisão sistemática, metanálise ou artigos

oriundos de diretrizes de todos os Ensaios Clínicos Randomizados Controlados – ECRC; II – evidência obtida por meio de um ou mais ECRCs, com um bom delineamento; III - evidência de origem de estudos controlados sem randomização; IV - evidência de pesquisas de caso-controle bem desenhada ou coorte; V – evidência decorrente de uma revisão sistemática de trabalhos qualitativos e descritivos; VI – evidência que é resultado de um único estudo descritivo ou qualitativo; e o nível VII que compreende a evidência da opinião de expertises e/ou relatórios decorrentes de comitês de especialistas (Melnik; Fineout-Overholt, 2014).

Interpretação dos resultados

Foram criadas categorias temáticas com objetivo de identificar convergências de conteúdos e ideias contidas nos artigos para a elaboração da síntese dos resultados.

Apresentação da revisão com síntese do conhecimento produzido

As bases de dados eletrônicas foram consultadas e os seguintes descritores foram empregados: DeCS (Descritores da Ciência da Saúde) “preceptor”, no MeSH (Medical Subject Headings), e como a palavra-chave “preceptor” e sua respectiva flexão para a língua inglesa “Preceptorship”. Para realizar o cruzamento entre os termos, foram utilizados operadores lógicos booleanos “AND” e “OR” com vistas a obter maior número de artigos possíveis para responder à pergunta norteadora. Contudo, a procura nas bases de dados com a frase completa sem os operadores também foi realizada, pois percebeu-se que desta maneira alguns artigos foram encontrados. O quadro 1, apresenta as estratégias de buscas nas respectivas bases de dados. Os artigos foram organizados para a remoção de duplicatas pelo programa EXCEL e, por meio da tabela construída, também foi realizada revisão por grupo de dois pesquisadores, sendo o pesquisador-discente e um pesquisador-docente para a avaliação dos artigos seguindo os critérios de elegibilidade.

Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados

Estratégias nas bases de dados	Resultado quantitativo das buscas (n)
PubMed	
((multidisciplinary [Title/Abstract]) AND (preceptorship [Title/Abstract])) AND (training in Primary Health Care [Title/Abstract])	0
Multidisciplinary preceptorship training in Primary Health Care	2
Lilacs	
(formação) AND (preceptoria) AND (multiprofissional) AND (atenção primária à saúde)	13
(preceptor) AND (residência) AND (Multiprofissional) AND (Atenção Primária à Saúde)	9
Formação de preceptoria multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde	17
Modelos de formação em preceptoria para programas de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde	1
IBICT	
(Título:formação E Resumo:formação E Título:preceptoria E Resumo:preceptoria E Título:multiprofissional E Resumo:multiprofissional E Título:Atenção Primária à Saúde E Resumo:Atenção Primária à Saúde)	0
(Título:Preceptor E Resumo:Preceptor E Título:residência E Resumo:residência E Título:multiprofissional E Resumo:multiprofissional E Título:atenção Primária à Saúde E Resumo:atenção Primária à Saúde)	0
Total de artigos	42

Fonte: Elaboração própria.

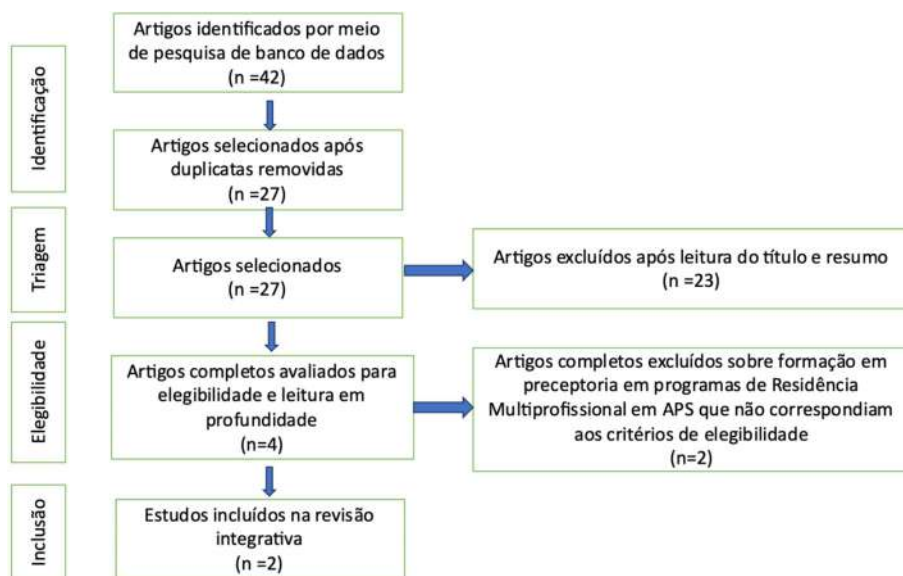
Ressalto que os aspectos éticos e os direitos autorais foram protegidos e os autores dos trabalhos estão devidamente referenciados, de forma a responder às resoluções nacionais sobre ética em pesquisas. Perante ao exposto, em devido a natureza bibliográfica da pesquisa, foi dispensada a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Foram identificados 42 artigos no total das buscas, sendo 2 na Medline/ PubMed, 40 na Lilacs e no 0 IBICT. Destes, 15 eram duplicados, portanto restaram 27 artigos para análise. Após leitura de título e resumo, somente 4 artigos foram

elegíveis para uma leitura aprofundada. Prosseguindo no método recomendado, somente 2 artigos atenderam aos critérios de inclusão, conforme observa-se na Figura 1, elaborada de acordo com as recomendações do PRISMA.

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos no PRISMA



Fonte: Elaboração própria.

A síntese das informações dos artigos selecionados para a pesquisa, é apresentada abaixo no quadro 2 que contém: o ano de publicação, o país onde o artigo foi publicado, o delineamento da pesquisa, o nível de evidência, o número de participantes, o objetivo do estudo, o desfecho/os principais achados acerca das produções científicas sobre modelos de formação em preceptoria para programas de Residência Multiprofissional em Atenção Primária à Saúde e as conclusões.

Quadro 2. Quadro síntese dos estudos selecionados da revisão integrativa

Código	Título	Ano de publicação / País	Delineamento do estudo/nível de evidência	Nº dos participantes/ objetivo do estudo	Desfechos/principais achados acerca da formação de preceptores para programas de Residência Multiprofissional em APS
A1	“Residência médica e multiprofissional: demandas e recursos de preceptores na atenção primária à saúde”	2022/ Brasil	Estudo qualitativo/Nível VI	10 participantes/ analisar demandas e recursos no contexto de trabalho da APS, sob a ótica do modelo JDR.	Como demandas qualitativas, os profissionais relataram muitas questões que os mobilizavam nesse processo de trabalho, entre elas a sensação de grande responsabilidade que gera cobranças excessivas, tanto por parte da instituição quanto dos próprios preceptores, que não se sentiam preparados para algumas atribuições. “Eu não recebi nenhum curso pela residência, eu não fiz um mestrado pela residência (...) Muita gente não está preparada para, por exemplo, ser informatizado do nada, tem pessoas aqui que não têm experiência em ser um educador que use ferramentas digitais e a gente precisou se reinventar” (E9).
A2	“Análise da formação em Programas de Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: perspectiva dos egressos”	2023/ Brasil	Estudo transversal/ abordagem quantitativa/ Nível VI	365 participantes/ analisar a formação nos PRMS em Atenção Básica do Brasil considerando a abordagem pedagógica e os cenários de educação em serviço a partir dos egressos do período de 2015 a 2019.	Como problemas centrais destacam-se o papel desempenhado pelos preceptores, sinalizando a necessidade de se preocupar com essa formação ao longo da graduação, assim como o problema crônico das condições de funcionamento das Unidades de Saúde, que pode ser agravado pelo atual momento de desmonte do Sistema Único de Saúde e de outras conquistas presentes na Constituição Brasileira.

Fonte: Elaboração própria.

Observa-se que todos os artigos são brasileiros e foram publicados recentemente, há menos de 5 anos além disso, apresentaram nível VI de evidência, ou seja, consistem em trabalhos decorrentes de estudos descritivo ou qualitativo.

Discussão

A partir dos dados achados nos artigos, evidenciados no quadro 2, foram observados aspectos convergentes. Diante disso, foi estabelecida duas categorias temáticas: a) “Fragilidades dos programas de residência multiprofissional em APS relacionadas a preceptoria”; e, b) “Possíveis caminhos para transformar fragilidades em potências”.

“Fragilidades dos programas de residência multiprofissional em APS relacionadas a preceptoria”

A constituição de 1988 atribui ao SUS a responsabilidade pela formação de profissionais para atuar no sistema. A APS é a estratégia preconizada para a mudança de modelo de atenção à saúde, trazendo como consequência a necessidade de formar profissionais compromissados com a responsabilidade social, ética e política, a partir do território e, com habilidade para trabalhar em equipe multidisciplinar (Pacheco *et al.*, 2022).

Para isso, o modelo de educação se adaptou, centrando o aprendizado nos sujeitos, estimulando autonomia e análise sobre o processo de trabalho de forma crítico-reflexiva. Diante disso, os programas de residência que possuem como principal estratégia educacional a formação em serviço, ganharam espaço (Pacheco *et al.*, 2022).

Flor *et al.* (2023) apontam que os programas de residência multiprofissionais são considerados estratégias inovadoras, pois historicamente a formação se dava de maneira uniprofissional, culminando na fragmentação das relações profissionais, consequentemente do cuidado, gerando a necessidade de revisão do modelo formativo sobretudo na APS, onde observa-

se a mudança no perfil epidemiológico, demográfico, desigualdades sociais, dentre outros fatores.

Os artigos selecionados no estudo destacam a importância dessa formação para o SUS, pois os residentes aprendem no cenário de prática, onde o cotidiano dos serviços acontece, com a realidade das necessidades de saúde do povo brasileiro. Portanto, investigar como esses programas estão formando esses profissionais é imprescindível.

A Residência tem papel fundamental na formação profissional, pois possibilita a reflexão crítica sobre a organização dos processos de trabalho em saúde a partir da análise das práticas de todos os agentes envolvidos (residentes, preceptores, docentes e usuários), sendo o principal espaço de formação em serviço onde o trabalho interdisciplinar e os princípios do SUS podem ser realizados (Autônomo, 2013, p. 11).

Dentro dessa perspectiva, o preceptor assume um papel fundamental no processo de formação, com o desafio de inserir práticas, que não foram apresentadas em graduação, tais como: supervisão e orientação de alunos.

Na perspectiva da formação em saúde em que os alunos, tanto da graduação quanto da pós-graduação, são inseridos nos serviços de saúde, e o profissional de saúde atua não somente no cuidado em saúde, mas como educador, faz-se imprescindível questionar: de quais conceitos partiu e quais atividades a preceptoria em saúde assumiu nos últimos anos? (Autônomo, 2013, p. 11).

Os programas de residência possuem em sua estrutura organizacional o preceptor, que é reconhecido como um profissional que acompanha o processo formativo do residente nos cenários de prática e, segundo a Resolução n.º 2, de 13 de abril de 2012, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde:

A função de preceptor caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista (Brasil, 2012, n.p.).

Contudo, é apontado por Pacheco *et al.* (2022) que, além das funções descritas na resolução, espera-se que o preceptor acompanhe o projeto pedagógico e as atividades do programa, organize as escalas e rotinas nos cenários de prática, integre as equipes de residentes as equipes da APS, participe de projetos de intervenção desenvolvidos pelo programa, identifique lacunas de aprendizado, realize avaliação, dentre outras atribuições.

Essas atribuições diversas são estabelecidas de acordo com as características dos cenários de prática e os projetos de ensino dos programas. Porém, existe sinergia nos documentos oficiais no que tange a dimensão pedagógica da preceptoria, sendo de responsabilidade desse profissional o acompanhamento formativo do residente no serviço. Portanto espera-se que o profissional preceptor seja competente tanto em âmbito técnico-científico como de ensino, cabendo à instituição formadora capacitar este profissional para o desenvolvimento das competências relacionadas ao ensino dos residentes nos cenários de prática (Pacheco *et al.*, 2022).

Os artigos trazem alguns fatores de fragilidade nos programas em relação ao cenário de prática, contudo o estudo de 2022 foi realizado com preceptores e suas demandas de trabalho, fazendo emergir questões cruciais sobre as relações, interações e problemas, encontradas nos cenários de prática dos programas de residência multiprofissional em APS (Pacheco *et al.*, 2022).

A falta de garantias de direitos trabalhistas, a fragilidade de vínculo, a dificuldade ou ausência de remuneração pelo trabalho de preceptor, são fatores importantíssimos para refletir sobre como esses profissionais, que assumem equipes nas unidades, são sobrecarregados com a responsabilidade de formar esses residentes sem muitas vezes serem pagos por isso (Pacheco *et al.*, 2022).

Outra demanda relevante foi a dimensão relacional, tanto com os residentes como com o programa, a mediação de conflitos e, principalmente, sobre não saber as suas atribuições ou o seu papel. As normativas institucionais definem as atribuições do preceptor, contudo o “como fazer” fica a cargo dos programas ou dos profissionais a quem a função foi destinada. A falta de definição sobre suas atividades e funções de preceptoria foi um tópico de

grande importância destacado no trabalho, evidenciando também o sofrimento dos trabalhadores por não sentirem que estavam “cumprindo o que deveriam” (Pacheco *et al.*, 2022).

O artigo de 2023, foi uma pesquisa realizada com egressos de programas de residência, em 12 estados da federação. Este estudo teve diversas categorias de análise, pois contemplou outras características dos programas, mas ao que se refere aos processos de ensino-aprendizagem-trabalho, destacou a dimensão dos “cenários de educação em serviço” para trazer as fragilidades apontadas pelos egressos. O desempenho do preceptor e tutor foi apontado como fragilidade em comparação aos docentes, enquanto profissional educador. Flor *et al.* (2023) inferem que a formação destes profissionais se dá no curso de sua atuação, e os programas não garantem espaço reservado na carga horária de trabalho para o planejamento de atividades de ensino em serviço.

“Possíveis caminhos para transformar fragilidades em potências”

Pacheco *et al.* (2022) apontam que investir na definição das atribuições do preceptor, comunicar de forma clara o que se espera deste profissional, poderia suavizar a sensação de angústia e desvalorização, consequentemente melhorar a qualidade de vida no trabalho.

Além disso, propuseram a identificação de tarefas, com o objetivo de compartilhamento entre residentes, preceptores e outros componentes da equipe como estratégia para redução do estresse e da sobrecarga de trabalho (Pacheco *et al.*, 2022).

Os autores dos artigos apontaram que a função de preceptora na APS acumula a complexidade do processo de trabalho nesse nível de atenção, além dos desafios da educação em serviço. Portanto é esperado que este profissional possua diversas habilidades e competências que as graduações não contemplam. Diante disso, é de suma importância a preparação desses profissionais para atuação como preceptores nos serviços, com formações voltadas para esse profissional

Importante reconhecer o necessário investimento em iniciativas de educação permanente, entendendo-a em sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção) (Ceccim, 2005).

Considerações finais

As fragilidades relacionadas à preceptoria estão conectadas e partem do mesmo motivo, a falta de preparo para exercer a função. Os programas de residência multiprofissionais possuem a mesma orientação normativa, porém suas características e necessidades são diferentes, fazendo emergir a necessidade de um corpo de preceptoria personalizado ao cenário de prática e ao projeto político pedagógico onde é desenvolvido o programa.

A publicação por si só de atos normativos, não consegue abarcar a gama e a complexidade das atividades, tarefas, funções, cobranças e os diversos processos de trabalho que o preceptor realiza no cotidiano dos serviços com os residentes.

Os programas têm a prerrogativa de formar, além dos residentes os preceptores, porém, para isso, precisam compreender primeiro, de forma profunda o que ocorre nos serviços e quais atividades seriam interessantes para o itinerário formativo do residente, e como apoiar os preceptores nas funções esperadas.

Portanto os programas precisam olhar para a sua matriz de competência e refletir, não somente sobre o profissional que será formado ao longo de dois anos, mas também para quais habilidades e competências o preceptor precisa possuir para contribuir na formação dos residentes nos cenários de prática, e quais experiências fazem sentido para essa formação que está sendo proposta.

Os processos formativos possuem intencionalidades, fazem parte de uma proposta político-pedagógica que identifica a potência da análise da vida e do trabalho e traz o protagonismo dos atores em mútua relação. O que nos chama a atenção para a necessidade de entender os preceptores como algo importante e prioritário para a formação de quadros para o SUS.

Deste modo conclui-se que a questão de pesquisa foi respondida e evidencia a necessidade de novos estudos ou relatos de experiências abordando a questão, pois o tema da formação para o Sistema Único de Saúde, do trabalho em saúde que se desenvolve na prática dos serviços, possui papel fundamental para a mudança do modelo de atenção.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 out. 1998.

BRASIL. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2005.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 3, de 4 de maio de 2010. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 maio 2010. Seção I, p. 14-15.

BRASIL. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução n. 1, de 21 de julho de 2015**. Dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 73 p. ISBN 978-85-334-2649-8.

CARVALHO, M. A. P.; LAGO, R. F. Os 15 anos de ousadia na Residência de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: histórico, marco legal, experiências e desafios. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* (orgs.). **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-177, fev. 2005.

CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface**, v. 22, suppl. 2, p. 1739-1749, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622018.0477>. Acesso em: 14 dez. 2023.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Healthcare residency: what has been produced in theses and dissertations? **Interface**, v. 17, n. 47, p. 759-76, 2013.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott, 2014. 625 p.

MENDES, K. D.; SILVEIRA, R. C.; 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.

MONTENEGRO, L.; BEZERRA, T. Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação. In: CARVALHO, M. A. P. *et al.* (orgs.). **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

PACHECO, E. N. *et al.* Residência médica e multiprofissional: demandas e recursos de preceptores na atenção primária à saúde. **Revista APS**, v. 25, supl. 1, p. 147-171, 2022.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional: notas sobre uma formação através do trabalho em saúde. **Revista Libertas**, Juiz de Fora, v. 20, n. 1, p. 140-158, 2020.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálisis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, 2018.

CLÍNICA AMPLIADA E A EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Tatiane da Silva Cruz
Paulo Rogério Nunes Barbosa
Mirella Giongo

RESUMO

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: identificar e caracterizar os desafios e potencialidades no exercício profissional dos cirurgiões-dentistas, com foco na prática da Clínica Ampliada e Compartilhada. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo Revisão Integrativa de Literatura, realizada a partir de estudos que evidenciaram experiências com clínica ampliada de Saúde Bucal. A análise dos dados fundamentou-se na técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. **RESULTADOS:** Foram identificadas três categorias temáticas: **“Formação de profissionais segundo as DCN: desafios para o sistema ensino-serviço-comunidade”**; **“Políticas indutoras e sua tradução curricular na formação de dentistas”**; **“O modelo de atenção à saúde ampliado na produção do cuidado”**. **CONCLUSÕES:** A revisão integrativa sobre clínica ampliada de saúde bucal na APS no Brasil, revelou tanto desafios quanto benefícios na adoção de práticas de trabalho em equipe interprofissional centradas no usuário. Ferramentas como escuta qualificada, acolhimento, abordagens terapêuticas singularizadas e construção de vínculos são fundamentais para uma prática ampliada eficaz. Embora a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) tenha trazido inovações, o modelo biomédico ainda prevalece na prática cotidiana, muitas vezes em detrimento de uma abordagem holística. Este estudo contribui para o avanço do processo de mudança na prática da saúde bucal, apontando a necessidade e importância da

adoção de abordagens efetivas, humanizadas, e contínua inovação e melhoria nas práticas odontológicas para melhor atender às demandas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

PALAVRAS-CHAVE: saúde bucal; humanização da assistência; Estratégia Saúde da Família; clínica ampliada; trabalho em equipe.

ABSTRACT

INTRODUCTION/OBJECTIVE: To identify and characterize the challenges and potentialities in the professional practice of dentists, focusing on the practice of Expanded and Shared Clinic. **METHODOLOGY:** This is a qualitative research, using an Integrative Literature Review, based on studies that highlighted experiences with expanded oral health care. Data analysis was based on Laurence Bardin's Content Analysis technique. **RESULTS:** Three thematic categories were identified: **“Training of professionals according to the NCG: challenges for the education-service-community system”**; **“Inductive policies and their curricular translation in dentist training”**; **“The expanded health care model in the production of care.”** **CONCLUSIONS:** The integrative review on expanded oral health care in PHC (Primary Health Care) in Brazil revealed both challenges and benefits in adopting interprofessional teamwork practices centered on the patient. Tools such as active listening, welcoming, personalized therapeutic approaches, and bond building are essential for effective expanded practices. Although the National Oral Health Policy (PNSB) introduced innovations, the biomedical model still prevails in everyday practice, often at the expense of a holistic approach. This study contributes to advancing the process of change in oral health practices, highlighting the need for effective, humanized approaches and continuous innovation and improvement to better meet the demands of users of the Unified Health System (SUS).

KEYWORDS: oral health; humanization of care; Family Health Strategy; expanded clinic; teamwork.

Introdução

O modelo biomédico de atenção à saúde tem por referência a medicina científica, cunhada no Relatório Flexner (1910), como eixo estruturante e marco delineador, da formação e o modelo de atenção à saúde na lógica de cuidado centrado na doença. Este modelo ao longo do século XX e até o presente momento vem ganhando críticas, se caracterizando pela ineficiência e alto custo em relação à uma lógica de cuidado ampliado em saúde. No mundo e também no Brasil, este modelo tornou-se um referencial na modelagem curricular denominada Flexneriana (ciclos básico e profissionalizante), ainda presente na formação de profissionais de saúde na atualidade (Pagliosa; Da Ros, 2008; Giongo, 2021).

Na odontologia, esse modelo de formação é capturado pela lógica da tecnologia dura relativa ao equipamento odontológico, com a atuação do cirurgião dentista a partir do dano causado, com ênfase na necessidade clínica, em virtude da dificuldade de realizar o diagnóstico precoce e tratamento imediato do usuário. Com isso, há limitações na produção de ações de promoção e prevenção e, conseqüentemente, a realização de um gerenciamento da Saúde Bucal coletiva que possibilite um processo de reequilíbrio no binômio saúde-doença (Giongo, 2021).

A partir da década de 1960, o Brasil presenciou um crescimento tecnológico no setor da saúde, mas sob a lógica da medicina de mercado, elevando os custos sem promover melhorias significativas nas condições de saúde da população. Nos anos 1970, a crise econômica global e o aumento dos índices de morbimortalidade nas populações vulneráveis evidenciaram a necessidade de alinhar a formação de recursos humanos e a oferta de serviços às reais necessidades da população (Pilon, 1986).

A busca por um modelo de atenção integral ganhou força com a Declaração de Alma-Ata em 1978, durante a I Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, que incentivou a criação de redes de atenção primária e a formação de profissionais centrados nas necessidades de pessoas, famílias

e comunidades (Alma Ata, 1978). As conferências de Alma-Ata e Ottawa, em 1986, consolidaram uma nova concepção de saúde como um recurso essencial para a vida e não apenas como a ausência de doenças. Esses marcos influenciaram diretamente o modelo brasileiro de saúde, fortalecendo a Atenção Primária como eixo estruturante das políticas públicas (Brasil, 1990).

Nesse contexto, a proposta da Clínica Ampliada e Compartilhada surge como uma ferramenta essencial para a transformação das práticas em saúde. Ela propõe uma atuação clínica que vá além das condutas convencionais, promovendo uma abordagem humanizada e centrada nas necessidades dos sujeitos. Ao integrar diferentes profissionais de saúde, busca-se oferecer um cuidado integral que promova qualidade de vida e que esteja alinhado aos princípios do SUS (Brasil, 2007; Botazzo, 2015).

Para implementar a Clínica Ampliada e Compartilhada, é necessário romper com o reducionismo presente na formação dos profissionais de saúde, reorganizando o processo de trabalho em equipe e expandindo o olhar para além dos espaços tradicionais de atendimento. A articulação intersetorial e o uso de tecnologias leves, como acolhimento e escuta qualificada, são fundamentais para criar vínculos com os usuários e garantir que as necessidades da população sejam atendidas de forma abrangente (Mattos, 2001; Ceccim; Feuerwerker, 2004; Pinheiro *et al.*, 2005).

Ademais, partindo do pressuposto que as pessoas não são somente as doenças de que são portadoras, conhecer o indivíduo em seu contexto familiar, sociocultural, comunitário e econômico é primordial e contribui para elaboração de um plano terapêutico singularizado, adequado às suas necessidades e desvinculado da lógica centrada unicamente na doença e na prescrição medicamentosa. Compreender o sujeito de forma singular possibilita pensar em estratégias e propor tratamentos onde o indivíduo tem maior adesão e protagonismo. E para isso, o profissional de saúde deve desenvolver em sua formação habilidades e competências que auxiliem as pessoas no processo de equilíbrio relativo ao binômio saúde-doença a partir de suas próprias escolhas e de sua vida (Brasil, 2007).

Ressalta-se, portanto, a importância de repensar a abordagem clínica na atenção básica, fortalecendo não apenas as atividades assistenciais, mas também as iniciativas de vigilância em saúde e na perspectiva da promoção da saúde no âmbito da saúde coletiva. Isso demanda uma mudança nos processos de trabalho, com uma reconfiguração tanto da clínica quanto das estratégias voltadas à promoção e vigilância em Saúde Bucal.

Este artigo apresenta uma análise sobre a Clínica Ampliada e Compartilhada, abordando a atuação das equipes de Saúde Bucal na Atenção Primária à Saúde (APS). A partir de experiências de formação na graduação e pós-graduação em Odontologia no contexto da APS brasileira, o estudo sintetiza uma revisão da literatura com o objetivo de identificar e caracterizar os desafios e potencialidades no exercício profissional dos cirurgiões-dentistas, com foco na prática da Clínica Ampliada e Compartilhada.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa surge como uma metodologia que permite a síntese de informações e a aplicação de resultados de pesquisas significativas na prática (Silveira, 2005).

As etapas da revisão integrativa são: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção de amostras; 3) representação dos estudos selecionados através de fichamentos, considerados pontos principais e características comuns entre eles; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada através da síntese.

Na primeira etapa foi identificada a pergunta norteadora da pesquisa que se configurou em: “Qual o estado da arte das experiências de equipes de saúde bucal ampliada e compartilhada na APS no Brasil?”

Para identificar os artigos para esta revisão, foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), disponíveis na Biblioteca Virtual

em Saúde (<https://bvsalud.org/i>): “Saúde Bucal”, “Humanização da Assistência” e “Estratégia Saúde da Família”, e os termos: “Clínica Ampliada” e “Trabalho em Equipe” e interligados pelo operador booleano “AND”.

Foi realizado um levantamento de artigos científicos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) onde foram selecionados artigos científicos nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (Medline), Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) - Enfermagem. Os critérios de inclusão para a busca e seleção dos artigos foram: artigos científicos publicados em português, inglês e espanhol no período entre 1978 e 2022, artigos com resumos e textos completos disponíveis online sobre experiências de formação na graduação e após a graduação em Odontologia na perspectiva da prática da Clínica Ampliada e Compartilhada. Já os critérios de exclusão definidos foram artigos incompletos ou não disponíveis online, artigos de opinião, notas prévias, entrevistas, resenhas, manuais, teses, dissertações, relatórios, publicações que não abordassem a temática do estudo e que não fossem realizados no Brasil.

A análise bibliográfica deste estudo procurou identificar vivências relacionadas à abordagem ampliada e compartilhada das equipes de Saúde Bucal na APS, levando em consideração um marco histórico significativo da década de 70. O recorte temporal abrangeu desde o marco histórico da Conferência de Alma-Ata (Alma Ata, 1978) e as mudanças evolutivas no modelo de cuidado em saúde até o momento da busca de artigos disponíveis relativos ao ano de 2022. Esse período histórico permitiu uma compreensão mais profunda das transformações na abordagem da atenção em Saúde Bucal dentro da APS, de forma contextualizada na perspectiva do papel hegemônico do modelo biomédico na formação e cuidado em saúde.

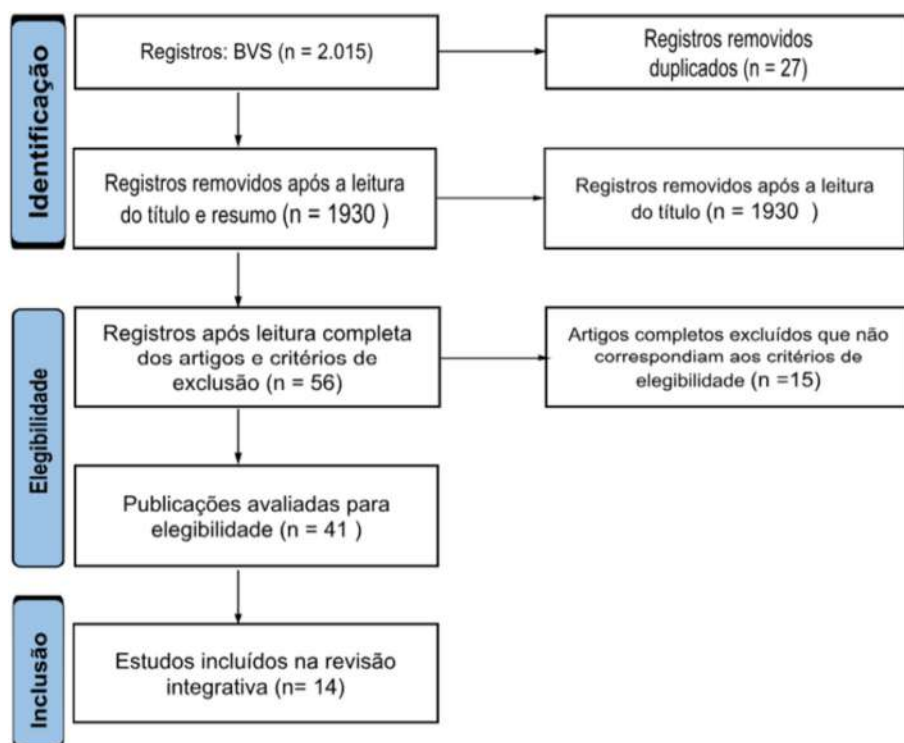
Quadro 1. Estratégias de busca nas bases de dados

Sintaxe de Busca	Resultados
(saúde bucal) AND (humanização da assistência) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	27
(trabalho em equipe) AND (clínica ampliada) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	96
(trabalho em equipe) AND (estratégia saúde da família) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “BDENF” OR “MEDLINE”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	1.189
(trabalho em equipe) AND (humanização da assistência) AND (fulltext:(“1” OR “1”) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	308
(clínica ampliada) AND (estratégia saúde da família) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	196
(clínica ampliada) AND (humanização da assistência) AND (fulltext:(“1” OR “1”) AND db:(“MEDLINE” OR “LILACS” OR “BDENF”) AND la:(“en” OR “pt” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	41
(estratégia saúde da família) AND (humanização da assistência) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	140
(saúde bucal) AND (trabalho em equipe) AND (clínica ampliada) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	7
(saúde bucal) AND (trabalho em equipe) AND (clínica ampliada) AND (estratégia saúde da família) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	2
(saúde bucal) AND (clínica ampliada) AND (estratégia saúde da família) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	3
(saúde bucal) AND (trabalho em equipe) AND (estratégia saúde da família) AND (humanização da assistência) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	2
(saúde bucal) AND (estratégia saúde da família) AND (humanização da assistência) AND (fulltext:(“1”) AND db:(“LILACS” OR “MEDLINE” OR “BDENF”) AND la:(“pt” OR “en” OR “es”)) AND (year_cluster:[1978 TO 2022])	4

Fonte: Dados consolidados pelos autores da pesquisa (2023).

A busca de artigos na BVS resultou em um levantamento de 2.015 publicações no total. A partir do critério de inclusão e exclusão, os artigos foram sequencialmente selecionados para análise. A seleção inicial dos artigos foi realizada mediante leitura dos títulos e resumos. Posteriormente, excluiu-se os artigos duplicados e foi feita a leitura minuciosa de cada artigo na íntegra, avaliando sua relação com a temática e excluindo os não adequados. Ao final, 14 artigos foram selecionados. A seguir, o fluxograma ilustra como foi a seleção dos estudos para análise (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma do processo de seleção de artigos para revisão adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA)



Fonte: Adaptação PRISMA 2020.

A amostra final foi organizada em uma planilha no Microsoft Excel® com os seguintes dados: título, autores, ano, revista, objetivo e metodologia.

Dando continuidade às fases do processo de revisão, após a coleta de dados extraídos dos artigos selecionados, a fase de análise crítica dos estudos incluídos se deu com base nas dimensões de análise de conteúdo de Bardin (2011) discussão dos resultados identificados.

Deste modo, este trabalho orientou-se pela técnica de análise de conteúdo de pesquisa, a partir das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento e interpretação dos resultados obtidos, segundo Bardin (2011).

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 três categorias de análise (quadro 3): 1) Formação de profissionais segundo as DCN: desafios para o sistema ensino-serviço-comunidade, 2) políticas indutoras e sua tradução curricular na formação de dentistas e 3) O modelo de atenção à saúde ampliado na produção do cuidado.

Quadro 3. Categorias de Análise dos Artigos

Categorias	Subcategorias
1. Formação de profissionais segundo as DCN: desafios para o sistema ensino-serviço-comunidade	1.1 Modelo Biomédico de formação impactando a formação de recursos humanos para o SUS.
	1.2 Integração Sistema ensino-serviço/ estágio supervisionado e Cenários de Prática.
	1.3 Importância da Educação Permanente no serviço.
2. Políticas indutoras e sua tradução curricular na formação de dentistas	2.1 Políticas Indutoras/ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde/ Programa de Educação Tutorial (PET saúde).
3. O modelo de atenção à saúde ampliado na produção do cuidado	3.1 Relação dos profissionais e usuários com o modelo ampliado de saúde.
	3.2 Tecnologias Leves na Construção do Cuidado Ampliado.
	3.3 Impacto da Experiência dos profissionais e da Satisfação dos Usuários.
	3.4 A importância do Trabalho Interprofissional na Clínica Ampliada.

Fonte: Dados consolidados pelos autores da pesquisa (2023).

Resultados e discussão

Com relação ao filtro idioma todos os 14 artigos estavam disponíveis somente em português. As revistas onde foram encontrados os artigos apresentaram a seguinte frequência: 9 foram publicados na *Revista da ABENO*, 2 na *Revista Physis Revista de Saúde Coletiva*, 1 *Revista Brasileira de Educação Médica*, 1 na *Revista Saúde e Sociedade*, 1 *Revista APS*, conforme demonstrado no Quadro 2 abaixo.

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

Título	Autor / Ano	Revista	Objetivos	Metodologia
1. Implementação do Pró-Saúde no Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá	Terada, R. S. S.; Hayacibara, M. F.; Rigolon, C. J. et al, 2013	Revista ABENO	Relatar a implementação do Pró-saúde no curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM) e as atividades realizadas até o ano 2010	Estudo documental retrospectivo de consulta a relatórios técnicos e financeiros das duas cartas acordos do projeto
2. Experiência de Clínica Ampliada em Odontologia na Universidade Estadual de Maringá	Hayacibara, M. F.; Lolli, L. F.; Terada, R. S. S et al, 2012	Rev. bras. educ. méd	Apresentar a experiência de implantação da clínica ampliada no curso de Odontologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM)	Relato de experiência da implantação da clínica ampliada de saúde bucal no curso de Odontologia
3. Produção do cuidado em saúde com foco na Clínica Ampliada: um debate necessário na formação em Odontologia	Graff & Toassi, 2017	Revista ABENO	Discutir a produção do cuidado em saúde, com foco na clínica ampliada	Constitui-se como ensaio. Está organizado em quatro temas principais de análise, que são a produção do cuidado em saúde; humanização na saúde e clínica ampliada; inovações na produção do cuidado nas práticas em saúde bucal e Abordagem Centrada na Pessoa
4- Processo de construção coletiva da Clínica Ampliada na Odontologia por meio de uma gestão colegiada	Rocha, N. B.; Veltrini, V. C.; Bispo, C. G. C. C.; Terada, R. S. S et al, 2017	Revista ABENO	Relatar o processo de construção coletiva da CA, na Odontologia, por meio da gestão colegiada, durante o período de 2010 a 2017	Este estudo descritivo, de caráter documental, baseou-se na análise dos temas registrados nas atas das reuniões semanais da Comissão Permanente de Avaliação da CA (COPACA), da UEM, na cidade de Maringá/PR, desde o primeiro semestre de 2010 até o primeiro semestre de 2017

5. O ensino da Clínica Ampliada para ingressantes do curso de Odontologia: um relato de experiência	Carrer, F. C. A.; Cayetano, M. H.; Gabriel, M. at al, 2017	Revista ABENO	O objetivo deste estudo foi relatar a experiência através da descrição da disciplina de CAPS (Clínica Ampliada de Promoção de Saúde), caracterizando as estratégias pedagógicas e sua relevância na inserção dos estudantes nos cenários de prática na atenção básica	Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, baseado em análises documentais dos roteiros de aula, cronogramas e ementa da disciplina
6. Itinerário formativo em Clínica Ampliada: narrativas de uma cirurgiã-dentista	Fonsêca, G. S.; Botazzo, C.; Pires, F. S.; Junqueira, S. R. at al, 2017	Revista ABENO	O estudo objetiva, a partir das narrativas de um itinerário formativo (que ocorreu pela experiência de uma cirurgiã-dentista no exercício da Clínica Ampliada)	Relato de experiência. Utilizou-se a técnica do diário de pesquisa
7. Formação em saúde bucal e Clínica Ampliada: por uma discussão dos currículos de graduação	Bastos, B. R. M. S.; Clara, S. A.; Fonsêca, G. S. at al, 2017	Revista ABENO	Analisar as experiências vividas por estudantes de Odontologia em um estágio extracurricular no serviço de saúde no município de São Paulo	Estudo descritivo- exploratório, com abordagem qualitativa
8. Ensino em serviço na perspectiva da Clínica Ampliada: relato de experiência	Silva Júnior, O. J.; Moura, F. R. R.; Cruz, R. A. at al, 2017	Revista ABENO	Teve como objetivo relatar a experiência acadêmica do estágio supervisionado, realizado em uma unidade de saúde, no município de Porto Alegre/RS	No modelo de um relato de experiência descritivo, com metodologia relacionada ao processo reflexivo crítico do aluno, o estágio ocorreu num período de 30 dias, com carga horária de 15 horas semanais, em uma unidade de saúde pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição
9. A Clínica Ampliada como ferramenta de cuidado e ensino em Geriatria	Carniel, R. K.; Goulart, M. A.; Martins, A. B.; at al, 2017	Revista ABENO	O objetivo deste estudo é relatar a experiência de integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade, por meio da construção da disciplina do Estágio em Odontogeriatría	Relato de experiência a partir da criação do curso de Odontologia noturno
10. Redesenhando caminhos na direção da clínica ampliada de saúde bucal	Fonsêca, G. S., Pires, F. S., Junqueira, S. R. at al, 2018	Saúde Soc	O presente estudo tem como objetivo analisar a experiência da clínica ampliada de saúde bucal em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de São Paulo	O estudo é de abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-ação, em que cirurgiões-dentistas e estagiários de odontologia experienciaram a clínica ampliada de saúde bucal

11. Clínica em saúde bucal como espaço de produção de diálogo, vínculo e subjetividades entre usuários e cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde	Graff & Toassi, 2018	Physis (Rio J.)	Analisar os sentidos atribuídos às práticas clínicas por cirurgiões-dentistas da Atenção Primária à Saúde (APS) na produção do cuidado	Pesquisa qualitativa de base fenomenológica (estudo de caso), onde foi realizado Entrevistas semi estruturadas guiadas por um roteiro de questões norteadoras com cirurgiões-dentistas que atuavam em serviços de APS
12. Ampliação da clínica de saúde bucal em um centro de saúde do município de Campinas a partir de uma perspectiva grupal	Martins, A. A.; Sól, N. A. A, Botazzo, C. at al, 2019	Rev. APS	O objetivo deste trabalho foi analisar, a partir de um grupo educativo com hipertensos e diabéticos de uma equipe de saúde da família do município de Campinas-SP	O referencial teórico-metodológico foi da Análise Institucional em sua abordagem sócio-histórica
13. Horta terapêutica e saúde bucal: desafios na utilização de plantas medicinais na promoção da saúde	Cock, N. R. O. S.; Vicente, C. R.; Silva, F. H. at al, 2020	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Identificar a produção de cuidado proveniente de vivências em torno da construção de uma horta terapêutica	Pesquisa qualitativa, com método cartográfico realizada com a equipe de saúde bucal e usuários de uma Unidade Básica de Saúde do município de Vitória-ES
14- A clínica e a saúde bucal no SUS: inovar e (re)construir percursos de cuidado	Pires, F. S.; Fonsêca, G. S.; Souza, C. R.; Carlos Botazzo, C.; A., 2022	Revista ABENO	Discutir a prática clínica em saúde bucal e o cuidado em saúde centrado no paciente	Pesquisa - intervenção em atividade experimental de clínica ampliada de saúde bucal em uma UBS no município de São Paulo

Fonte: Dados consolidados pelos autores da pesquisa (2023).

Categoria: Formação de profissionais segundo as DCNS: desafios para o sistema ensino-serviço-comunidade

Esta categoria aborda o modelo de formação predominante biomédico nos cursos de odontologia do país e a dissociação dessa formação com o perfil profissional esperado para atuar no SUS.

Subcategoria: Modelo Biomédico de formação impactando a formação de recursos humanos para o SUS

Os estudos analisados reconhecem que as IES não formam recursos humanos para a realidade brasileira, principalmente para a rede primária de atenção à saúde. Foi possível identificar nas falas dos autores a fragilidade do modelo de ensino superior no país hegemonicamente focado na odontologia de mercado a partir do uso predominante das tecnologias duras em detrimento do fortalecimento da Saúde Bucal coletiva:

[...] compreende-se que aos estudantes de Odontologia não são ensinados métodos de escuta e acolhimento, experiências para a criação de vínculo com o usuário e tampouco se relaciona o cuidado como não diretamente ligado à oferta de tecnologias duras [...]. Em múltiplas situações na formação são desconsideradas as subjetividades produzidas na condição do adoecimento, condição singular e fonte de informações para se organizar o atendimento clínico em qualquer esfera, tanto em serviços públicos de saúde quanto em práticas privadas (Bastos *et al.*, 2017).

[...] a formação de recursos humanos adequados à realidade sócio-epidemiológica do Brasil é o grande desafio para a consolidação do SUS. Isso é confirmado pelo fato dos estudantes, no lugar de atenderem às necessidades da população, entendem o paciente como instrumento no qual o conhecimento adquirido é simplesmente reproduzido (Terada *et al.*, 2013).

Segundo estudo realizado por Moimaz (2006), os acadêmicos de odontologia desconhecem o objetivo da odontologia social e possuem uma visão reduzida sobre a área, apontando para necessidade de adequação dos currículos para atender às DCN.

A dissociação entre ensino e serviço representa a característica predominante dos ambientes acadêmicos das IES em diversos estudos. Existem barreiras de ensino que limitam a vivência dos alunos no âmbito da saúde pública, formando profissionais que não priorizam a produção de subjetividade

através da escuta do usuário para se chegar ao diagnóstico conferindo sentido à intervenção definida.

Os egressos dos cursos de saúde, quando se deparam com usuários reais no cotidiano do trabalho em saúde, apresentam dificuldades para compreender os processos de modo integral, o que justifica a predominância de abordagens centradas nos sinais e sintomas biológicos, fragmentadas e pouco resolutivas (Bastos *et al.*, 2017).

A dissociação entre ensino e serviço representa a característica predominante dos ambientes acadêmicos das IES em diversos estudos. Existem barreiras de ensino que limitam a vivência dos alunos, formando profissionais que não priorizam a produção de subjetividade através da escuta do usuário para se chegar ao diagnóstico conferindo sentido à intervenção definida.

Segundo Morita (2003) a formação docente apresenta-se historicamente com uma insuficiente prática didático-pedagógica, devendo assim se repensar a formação dos mesmos para novos métodos de ensino-aprendizagem onde a doença não é o centro do ensino.

[...] A formação docente também precisa acompanhar tais processos de mudança. Considerar a dimensão do cuidado em saúde baseado em tecnologias leves é uma possibilidade para profissionais formados com uma visão mais integral e humanizada e que incorporem no seu saber-fazer as diretrizes do SUS (Graff; Ceriotti Toassi, 2018).

Subcategoria: Integração Sistema ensino-serviço/ estágio supervisionado e Cenários de Prática

A escolha do cenário de prática é de vital importância, pois possibilita a articulação de docentes e discentes com o serviço, com a formação reflexiva crítica sobre a realidade do serviço público, com a construção da relação com os usuários e profissionais, além do compromisso social com a população através do desenvolvimento de ações intersetoriais.

Na seguinte fala é reconhecido pelos autores o potencial de aprendizagem dos cenários de prática e das relações estabelecidas nesses espaços: [...] os cenários de produção de saúde são dotados de potencial educativo uma vez “que se constituem em espaços de problematização, diálogo e reflexão sobre as práticas [...]” (Fonsêca *et al.*, 2018).

[...] a inovação do e no trabalho em saúde apontou a importância de se repensar os cenários de prática. Enquanto alguns formatos oferecem mais tempo e várias possibilidades de encontro, outros cenários são mais duros e proporcionam encontros pontuais, pouco aprofundados e muitas vezes tensionados (Pires *et al.*, 2022).

A interação do estudante nos cenários da rede APS pode produzir questionamentos sobre como se dão as práticas do cuidado, tornando o estágio uma possibilidade de troca de saberes e de reflexões críticas (Silva Junior, 2006).

A integração entre a área da educação e a área da saúde é crucial para promover uma transformação efetiva nos serviços públicos, transformando-os em campos de estágio produtivos e enriquecedores. Essa associação entre universidade e saúde busca alinhar as necessidades práticas do campo de estágio com os objetivos educacionais, fortalecendo a relação entre teoria e prática e promovendo uma formação a partir das demandas da comunidade e do sistema de saúde local (Scavuzzi *et al.*, 2016).

Apesar da insegurança inicial, os estagiários passaram a ressignificar o adoecimento bucal, compreendendo a determinação social do processo saúde doença, e buscando formas de atuação coerente com as demandas encontradas no sentido de respondê-las satisfatoriamente (Bastos *et al.*, 2018).

[...] é possível afirmar que foi muito gratificante para o estudante conseguir atender de forma ampla e completa seu paciente, proporcionando-lhe satisfação funcional e emocional, contribuindo sobremaneira para a sua qualidade de vida (Hayacibara *et al.*, 2012).

A oportunidade dada aos estudantes de aplicar seus conhecimentos adquiridos em situações reais de atendimento, enfatiza a importância desses cenários na formação de profissionais de saúde competentes e sensíveis às necessidades da população.

Diante disso, é imperativo:

[...] tecer, abrir, começar, costurar, pintar, unir, fiar e entrelaçar. É o reflexo de um novo modo de trabalhar, uma forma diferente de tecer as sutis relações humanas, profissionais, de saberes, do ensino com o serviço e a comunidade, visando uma atenção integral. Um desafio e tanto que tem sido o norte daqueles que lutam pela consolidação do SUS (Rocha *et al.*, 2018).

Subcategoria: Importância da Educação Permanente no serviço

A política da Educação em Serviço no SUS traz como objetivo promover uma compreensão aprofundada e orientada para a transformação das práticas profissionais, por meio de uma reflexão crítica das atividades realizadas pelos profissionais de saúde na rede de serviços. Essa abordagem propõe que os processos de capacitação sejam estruturados a partir de uma análise das práticas de trabalho, buscando transformações não apenas nas práticas individuais, mas também na organização do trabalho e na atenção às necessidades de saúde das pessoas e comunidades, na gestão setorial e no controle social em saúde. (BRASIL, 2003). Na fala do autor a seguir, afirma-se a importância da Educação permanente dos profissionais de saúde do SUS vinculado às Instituições de Ensino Superior (IES) para aprimoramento da prática e criação de pensamento reflexivo sobre as ações realizadas:

Em termos de formação profissional, é necessário capacitar, formar e educar permanentemente os profissionais de saúde bucal atuantes na APS por intermédio da articulação entre as instituições de ensino superior e os serviços vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) [...] (Silva-Júnior *et al.*, 2018).

A articulação entre as IES e APS desempenha também um papel relevante no processo de educação permanente, permitindo uma colaboração efetiva entre os profissionais e a academia. Os profissionais compartilham suas vivências no cotidiano e soluções encontradas, enquanto os acadêmicos fornecem suporte teórico e científico para aperfeiçoamento da prática e ações em saúde.

Categoria: Políticas indutoras e sua tradução curricular na formação de dentistas

As políticas indutoras exercem um papel crucial na tradução curricular para melhoria da formação de dentistas, pois implica em alinhar os objetivos e conteúdo do currículo a partir das DCN.

Esta categoria identifica a importância da inserção das Políticas Indutoras Pró Saúde e PET- Saúde na construção e adequação da formação de profissionais aptos para atuar em prol das necessidades da população.

Subcategoria: Políticas Indutoras/ Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde/ Programa de Educação Tutorial (PET- saúde)

Os programas PET-Saúde e Pró-Saúde têm como eixo central a integração entre ensino e serviço, promovendo a inserção dos estudantes no cenário real de práticas da Rede SUS, com ênfase na atenção básica desde o início da formação na graduação. Ambos objetivam preparar os estudantes para enfrentar os desafios do SUS de forma mais eficiente e humanizada (Costa; Borges, 2015, Santos; Batista, 2018).

[...] a implantação, adequação e avaliação das ações decorrentes do projeto Pró-Saúde no curso de Odontologia da UEM propiciam constantes reflexões sobre a formação profissional, objetivando a consolidação formativa de um cirurgião-dentista com domínio técnico-científico, conhecedor da realidade social e do Sistema de Saúde Brasileiro, dotado de sensibilidade social e com competências e habilidades para bem atuar no mercado de trabalho (Terada *et al.*, 2013).

[...] adesão do curso de Odontologia da UEM ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) desenvolveu uma dinâmica diferente no curso e promoveu maior integração dos docentes no planejamento de ações, maior entendimento dos princípios do SUS e percepção da necessidade da formação para o sistema (Hayacibara *et al.*, 2012).

Os docentes descrevem a universidade como um espaço potente de transformação e sentem-se motivados a exercer suas funções no âmbito do Pró Saúde e PET-Saúde. Esse entusiasmo é alimentado pelo diálogo e ações junto à rede de serviços de saúde, pela aproximação ao campo das práticas, pelos projetos pessoais e pela troca de experiências e parcerias.

Categoria: O modelo de atenção à saúde ampliado na produção do cuidado

Historicamente marcada por um modelo tradicional de assistência à saúde, a clínica odontológica se caracteriza por uma relação vertical entre profissionais de saúde e usuários, impactando na prestação de um cuidado integral. Esta categoria permite observar a relevância da clínica ampliada desenvolvida pela eSB através da experiência de profissionais e estagiários.

Subcategoria: Relação dos profissionais e usuários com o modelo ampliado de saúde

O conceito de Clínica Ampliada (CA) e Compartilhada formulado por Campos (2003), fundamenta-se na prática da escuta ativa, reconhecendo e valorizando os conhecimentos, desejos, interesses, vivências e saberes das pessoas. Trata-se de uma prática que não negligencia os avanços tecnológicos nem a importância da expertise técnica e das recomendações embasadas em evidências, mas propõe um cuidado em saúde que fortalece a autonomia e o protagonismo do usuário (a), construindo um processo que permite a inclusão deste (a) na reflexão diagnóstica e seu próprio projeto terapêutico.

[...] justificam-se experiências de uma clínica ampliada de saúde bucal na perspectiva da integralidade, com a utilização de novas tecnologias de cuidado, baseadas principalmente nas tecnologias leves. É a possibilidade da inovação, mudanças ou novos arranjos nos processos de trabalho, que propiciam o aumento da eficácia, redução de custos, danos ou desperdícios e aumento do bem estar dos usuários (Graff; Ceriotti Toassi, 2018).

O conceito de CA vem ao encontro do novo enfoque humanizado da forma de trabalhar e consiste em um compromisso radical com o sujeito doente visto de modo singular; assume a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; busca ajuda em outros setores [...] (Hayacibara *et al.*, 2012).

Esta abordagem não só trata as condições de Saúde Bucal do usuário (a), mas também considera seu contexto de vida, angústias e expectativas, enriquecendo assim a qualidade do cuidado e o envolvimento do paciente no seu próprio processo de saúde. Os usuários começam a ser reconhecidos como indivíduos com histórias e experiências únicas, o que é fundamental para a construção de estratégias de cuidado mais eficazes e respeitosas.

[...] Em toda minha experiência clínica, não havia vivenciado nada próximo do que estamos desenvolvendo. Ao ampliar a escuta, fora do consultório odontológico, o paciente se “desodontologiza”, ou seja, abandona a ideia de que os dentes são os elementos centrais da prática em saúde bucal. O paciente consegue expressar seus modos de vida, seus anseios, angústias, desejos e articula-se tudo isso com a condição bucal trazendo à cena os aspectos da bucalidade (Fonsêca *et al.*, 2018).

As diretrizes da PNSB são um marco na reestruturação do sistema de Saúde Bucal no Brasil, baseando-se no conceito ampliado de saúde. Estas diretrizes preconizam a ampliação e aprimoramento das ações da Atenção Básica, associadas à proposta de humanização no desenvolvimento de serviços e intervenções em saúde (Souza *et al.*, 2021).

Apesar de as diretrizes políticas da PNSB serem voltadas para práticas coletivas que visam o cuidado integral, os levantamentos epidemiológicos,

como o SB Brasil, embora essenciais, são limitados e estáticos quando se trata da Saúde Bucal da população. Isso ocorre porque priorizam a identificação de lesões cáries, doenças periodontais e edentulismo, colocando constantemente ênfase na escovação dentária como pilar essencial para a promoção da educação em saúde.

Esses levantamentos não abrangem aspectos importantes, como as experiências individuais dos usuários, suas percepções sobre saúde e as barreiras socioeconômicas que influenciam o acesso aos serviços odontológicos (Souza *et al.*, 2021).

O exercício da clínica ampliada de saúde bucal reforçou os limites da PNSB para evitar e solucionar os problemas bucais de usuários reais nem sempre retratados pelos levantamentos epidemiológicos [...] (Fonsêca *et al.*, 2018).

Subcategoria: Tecnologias Leves na Construção do Cuidado Ampliado

O uso de tecnologias leves, como a escuta ativa e o diálogo aberto, é fundamental para a construção de uma relação terapêutica sólida entre profissionais de saúde e usuários. Essas tecnologias permitem uma comunicação mais eficaz e empática, facilitando o entendimento das necessidades e expectativas dos pacientes.

A abordagem fora da cadeira odontológica e o uso de dispositivos como o prontuário de família e o espelho de mão durante o exame bucal são exemplos de como as tecnologias leves podem ser incorporadas no cuidado em Saúde Bucal. Essas estratégias visam desvincular o cuidado odontológico das conotações tradicionalmente associadas ao desconforto e à ansiedade, promovendo uma experiência mais acolhedora e participativa para os usuários.

De acordo com o estudo realizado por Barros e Botazzo (2011), foi observado que a disposição dos móveis e equipamentos influenciava positivamente a recepção dos pacientes. Eles notaram que o simples fato de

não atender os pacientes na cadeira odontológica já reduzia significativamente a ansiedade relacionada à consulta.

O contato inicial marcado pela preocupação do profissional em chamar o usuário pelo nome e em apresentar-se, a abordagem fora da cadeira odontológica, bem como a utilização do prontuário de família e do espelho de mão para o acompanhamento do exame da boca pelo usuário, foram dispositivos facilitadores do cuidado na clínica de saúde bucal [...] (Graff; Ceriotti Toassi, 2018).

Petry *et al.* (2006) destacam que o medo é um sentimento comum entre os usuários e que os cirurgiões-dentistas devem estar atentos a essa questão. Portanto, a identificação e redução da ansiedade com o uso de estratégias fora da cadeira odontológica com a construção de vínculo podem contribuir significativamente para alcançar resultados mais satisfatórios no tratamento.

O profissional precisa estar atento aos sinais que não são sempre falados, como por exemplo, o choro e o medo. A escuta significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento (Graff; Ceriotti Toassi, 2018).

A consulta, em si mesma, foi revelada como um dispositivo terapêutico e, dessa forma, criou-se um ambiente de cuidado que extrapolou o tecnicismo e o odontocentrismo, caminhando em direção a uma relação mobilizadora de novas posturas profissionais e de empoderamento, tanto da equipe de saúde quanto do usuário, proporcionando maior resolubilidade e ressignificação das práticas (Fonsêca *et al.*, 2018).

No contexto do cuidado em saúde, é essencial o emprego de tecnologias leves para alcançar efetividade. Quando o profissional de saúde interage com o paciente através de um diálogo genuíno e atento, estabelece-se uma relação de confiança e conexão. Esta interação facilita a aceitação e a responsabilidade, ao mesmo tempo que fomenta a autonomia dos envolvidos (Merhy, 2013).

Para tanto, torna-se necessário desenvolver ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa e que contribua para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito de direitos e coautor de seus itinerários terapêuticos (Cock; Vicente; Silva, 2020).

A proatividade do usuário é uma ferramenta essencial para que este seja atendido de forma integral. Por meio dela, é possível a construção de vínculos, o respeito à diversidade e à singularidade no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (Rocha *et al.*, 2018).

[...] buscamos inovar na construção de projetos terapêuticos compartilhados e singularizados com as pessoas, colocando em foco seus desejos, suas expectativas e não mais as programáticas ações da prática odontológica pública (Pires *et al.*, 2022).

Kessler (2009) em seu estudo diz que a relação estabelecida com o serviço de saúde e o desempenho dos profissionais são fatores primordiais valorizados pelos usuários, contribuindo significativamente para a sua satisfação. Ademais, o vínculo e as decisões compartilhadas são geralmente essenciais para garantir a adesão e a continuidade do tratamento (Schimith *et al.*, 2011).

Os recortes a seguir revelam que a conexão entre profissional e usuário é essencial para uma experiência positiva de cuidado. Quando a comunicação é prejudicada pelo uso excessivo de termos técnicos, frieza ou falta de acolhimento, a satisfação do usuário (a) é comprometida. No entanto, ao implementar abordagens da Clínica Ampliada e Compartilhada, que valorizam o diálogo, a escuta ativa e a colaboração, os profissionais de Saúde Bucal conseguem construir relações mais significativas com os pacientes, promovendo satisfação e melhores resultados *terapêuticos*.

Não são incomuns episódios de descontentamento na relação entre usuários e dentistas. Os relatos vão desde “ruídos” na comunicação, como o excessivo uso de termos técnicos, até a frieza do profissional diante de determinadas situações de vida do usuário, com ausência de acolhimento, escuta e diálogo [...] (Graff; Ceriotti Toassi, 2018).

O senhor J. se manifestou [após uma anamnese coletiva], dizendo que estava satisfeito com a abordagem feita e que era isso que ele esperava de um serviço de saúde. Disse ainda que, a princípio, não entendeu bem o porquê daquela conversa, mas que agora ele entendia que todas aquelas informações eram importantes para o tratamento deles. (Orquídea) (Fonsêca *et al.*, 2018).

Subcategoria: Impacto da Experiência dos profissionais e da Satisfação dos Usuários

A implementação da Clínica Ampliada e Compartilhada tem demonstrado resultados positivos na melhoria da experiência dos profissionais de saúde e na satisfação dos usuários. Relatos analisados indicam que os usuários se sentem mais satisfeitos e engajados com o cuidado recebido, enquanto os profissionais valorizam a oportunidade de trabalhar de forma mais humanizada e colaborativa.

Nos recortes a seguir, graduandos e profissionais formados reconhecem os impactos positivos decorrentes da mudança na prática clínica, a partir da adoção de tecnologias leves:

No encontro com o usuário, era realizado o acolhimento - momento em que o outro mostra sua presença por meio de falas e afetos e é ouvido pelo profissional, um “agir centrado nas tecnologias leve-relacionais” (Fonsêca *et al.*, 2018).

Sobre a experiência do graduando, pode-se dizer que um estranhamento inicial decorrente do processo assistencial permeado pelas limitações dos recursos materiais foi substituído por um sentimento de satisfação a cada novo atendimento [...] (Da Silva Júnior *et al.*, 2018).

Nos primeiros dias, o sentimento era de medo e insegurança, uma vez que eu tinha convicção de que seria difícil me adequar ao processo de trabalho que seria desenvolvido ali após vivenciar a Clínica Ampliada de saúde bucal e saber que ela, além de possível, gerava resultados positivos no que diz respeito à resolubilidade,

à corresponsabilização do cuidado, à satisfação dos usuários e a sensação de que as intervenções eram úteis e faziam diferença na vida das pessoas (Fonsêca et al., 2018).

Nos trechos apresentados, é evidente que o sentimento inicial de estranhamento dos profissionais e graduandos foi substituído por um sentimento de gratificação, decorrente da resposta positiva e da satisfação dos usuários com a mudança na conduta clínica, que proporcionou maior adesão ao tratamento. De acordo com Vieira *et al.* (2021), a satisfação dos usuários com os serviços de saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso ocorre porque uma maior satisfação tende a aumentar a adesão ao tratamento prescrito e a continuidade no uso dos serviços de saúde. Compreender a satisfação dos usuários não apenas é crucial para o sucesso do tratamento, mas também serve como uma forma de avaliar e controlar a qualidade do serviço ao longo do tempo: “[...] cada vez mais os usuários atendidos manifestavam sua satisfação, eu acreditava ainda mais nesse “novo fazer em saúde bucal” e me sentia motivada” a buscar mais conhecimentos para subsidiar as ações (Fonsêca *et al.*, 2018). “Por observação, verificou-se que os usuários demonstravam satisfação com os serviços prestados pela unidade de saúde e eram muito agradecidos aos profissionais que os atendiam” (Da Silva Júnior *et al.*, 2018).

Subcategoria: A importância do Trabalho Interprofissional na Clínica Ampliada e Compartilhada

A Clínica Ampliada e Compartilhada é uma ferramenta que vai além das condutas convencionais, propõe uma abordagem humanizada e centrada nas necessidades individuais. Essa abordagem se concretiza também com a colaboração entre diversos profissionais de saúde sob variadas perspectivas, contribuindo com diversos conhecimentos, visando promover um cuidado integral que assegure resolutividade e qualidade de vida ao usuário ao invés de intervenções segmentadas (Brasil, 2007; Peduzzi *et al.*, 2013; Botazzo, 2015).

Poder vivenciar a APS e a troca de informações com enfermeiros, psicólogos, médicos, técnicos em saúde bucal, agentes comunitários e cirurgiões-dentistas, foi muito valioso e enriquecedor como estratégia de consolidação da mclínica ampliada fortalecida pela atenção à saúde de maneira multiprofissional (Da Silva Júnior *et al.*, 2018).

O trabalho interprofissional articulado e integrado, orientado pelas demandas de saúde dos indivíduos, apontam através dos relatos para potencialidade de transformação da qualidade da assistência à saúde prestada à comunidade. Nesse contexto, o trabalho interprofissional não apenas aprimora a eficiência e a eficácia dos serviços de saúde, mas também promove uma cultura de colaboração e aprendizado mútuo entre os profissionais envolvidos, contribuindo para o avanço contínuo da prática clínica e para a melhoria da saúde da população (Spagnol *et al.*, 2022).

Considerações finais

A revisão integrativa realizada a partir da análise das experiências da clínica ampliada de saúde bucal na APS destaca tanto os principais desafios quanto os benefícios na adoção de práticas que centralizam o usuário no cuidado. Ferramentas como a escuta qualificada, o acolhimento, abordagens terapêuticas singularizadas e a construção de vínculos foram identificadas como fundamentais para a prática ampliada da saúde bucal.

Apesar da PNSB ter introduzido diversas inovações destinadas a superar clínica tradicional, as experiências relatadas por cirurgiões-dentistas e estudantes indicam que, na prática cotidiana, o modelo biomédico permanece hegemônico em detrimento do modelo ampliado de saúde. As práticas de saúde bucal no SUS ainda tendem a reproduzir um caráter mercantilista, curativista, biologicista e pouco resolutivo. Este estudo, entretanto, contribui para o avanço no processo de mudança, apresentando resultados positivos como a satisfação tanto dos profissionais quanto dos usuários com um “novo” conceito de saúde. Ele evidencia a efetividade da clínica ampliada, que é fundamental para oferecer um atendimento integral e holístico.

Os resultados desta pesquisa enfatizam a necessidade urgente de revisar protocolos, práticas e conhecimentos enraizados nas práticas odontológicas, alinhando-os melhor às demandas dos usuários. Estes são indivíduos que sentem, sofrem, se alegam e têm necessidades que não devem ser limitadas a uma visão reducionista da boca.

A busca bibliográfica foi realizada, mas há necessidade de explorar outras bases de dados para que seja possível aprofundar a pesquisa neste campo. Embora a autora não tenha encontrado estudos relacionados às residências multiprofissionais, recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas focadas no impacto do ensino em serviço dentro desses programas, com ênfase na produção do cuidado ampliado. A ausência de estudos nesse campo destaca a necessidade de explorar novas abordagens para a prestação de cuidados de saúde, promovendo continuamente a inovação e a melhoria das práticas de saúde bucal.

Referências

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARROS, R. S. D.; BOTAZZO, C. Subjetividade e clínica na atenção básica: narrativas, histórias de vida e realidade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4337–4348, nov. 2011.

BOTAZZO, C. *et al.* **Inovação na produção do cuidado em saúde bucal**. Possibilidades de uma nova abordagem na clínica odontológica para o Sistema Único de Saúde. Relatório Técnico. São Paulo, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Caminhos para as mudanças da formação e desenvolvimento dos profissionais de Saúde: diretrizes para a ação política para assegurar educação permanente no SUS**. Brasília, 2003. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pol_formacao_desenv.pdf. Acesso em: 16 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, G. W. S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 51-67.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf. Acesso em: 20 dez. 2024.

COSTA, M. V. D.; BORGES, F. A. O Pró-PET-Saúde frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 1, p. 753–763, 2015.

DA SILVA, M. G. G. **Desafios da educação interprofissional em saúde**: Um estudo de caso com docentes da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação (Doutorado em Clínica Médica), Programa de Pós-graduação em Clínica Médica – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

KESSLER, M. *et al.* Longitudinalidade do cuidado na atenção primária: avaliação na perspectiva dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 2, p. 186-193, mar. 2019.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2001. p. 41-66.

MERHY, E. E. Ver a si o ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.). **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267.

MOIMAZ, S. A. S. *et al.* Representação social de acadêmicos de odontologia sobre a área de Odontologia Social. **Revista ABENO**, n. 6, p. 145-149, 2006.

MORITA, M. C.; KRIGER, L. Mudanças nos cursos de Odontologia e a interação com o SUS. **Revista ABENO**, v. 4, n. 1, p. 17-21, 2004.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, dez. 2008.

PETRY, P. *et al.* Ansiedade do paciente idoso frente ao tratamento odontológico. **RGO**, v. 54, n. 2, p. 191-194, 2006.

PILÓN, A. F. The development of health education: an updating of concepts. **Revista de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 391-396, 1986.

PINHEIRO, R.; *et al.* A integralidade na prática da formação e no cuidado em saúde. In: Congresso Nacional da Rede Unida, 6., 2005, Belo Horizonte. **Anais**. Belo Horizonte, 2005.

SANTOS, G. M.; BATISTA, S. H. S. D. S. Docência, Pró-Saúde e PET-Saúde: narrativas de um fazer interprofissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, supl. 2, p. 1589–1600, 2018.

SCAVUZZI, A. I. F. *et al.* Revisão das Diretrizes da ABENO para a definição de Estágio Supervisionado Curricular nos Cursos de Odontologia. **Revista ABENO**, v. 15, n. 3, p. 109–113, 10 jan. 2016.

SCHIMITH, M. D. *et al.* Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 9, n. 3, p. 479–503, nov. 2011.

SILVA JUNIOR, A. G. DA. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde**: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006.

SPAGNOL, C. A. *et al.* Interprofissionalidade e interdisciplinaridade em saúde: reflexões sobre resistências a partir de conceitos da Análise Institucional. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe6, p. 185–195, 2022.

SOUZA, G. C. D. A. *et al.* Implantação da Política Nacional de Saúde Bucal e sua influência sobre a morbidade bucal em capitais brasileiras na primeira década do século XXI. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 12, 2021.

VIEIRA, N. F. C. *et al.* Fatores presentes na satisfação dos usuários na Atenção Básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200516, 2021.

QUESTÕES ÉTICAS NO USO DAS REDES SOCIAIS VIRTUAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Thayna dos Santos Miranda
Lucy Ana Miguere do Nascimento
Mariana Leal Rodrigues
Cláudia Lima Campos Alzuguir

RESUMO

INTRODUÇÃO: O progresso das mídias sociais e da internet representa uma transformação no avanço na comunicação e na disseminação de conhecimento. As redes sociais virtuais são ferramentas poderosas na disseminação de informações e no engajamento dos usuários dos serviços de saúde. Durante o ano de 2020, houve mudanças com relação ao comportamento da população de todo o mundo diante da pandemia de COVID-19, entre elas o distanciamento social, restrições ao acesso às unidades de saúde e de atividades coletivas. Este cenário provocou uma aceleração da integração de ferramentas digitais na APS, como o avanço na telemedicina, atividades de monitoramento e vigilância, potencializando a disseminação de informações em saúde pelos profissionais no espaço virtual pelos aplicativos de mensagens e vídeos. Destaca a necessidade de redefinir o papel da tecnologia na área da saúde e as questões éticas envolvidas no uso das ferramentas de comunicação online, incluindo privacidade dos usuários, confidencialidade dos dados, qualidade da informação e responsabilidade profissional. Apesar dos avanços na APS digital, desafios como a digitalização das unidades de saúde, inclusão digital dos usuários vulneráveis e disponibilidade de recursos persistem. Embora a Lei Orgânica de Saúde de 1990 tenha introduzido o uso de Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC) na saúde, a falta de referências bibliográficas na APS torna essa ferramenta como uma prática orgânica entre

os profissionais. **OBJETIVO:** Esta revisão sistemática analisa as questões éticas no uso das redes sociais na APS, sobretudo o *WhatsApp*®, destacando desafios e melhores práticas para uma utilização ética e segura dessas ferramentas.

METODOLOGIA: A revisão foi realizada nas bases *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) *Web of Science* e *National Library of Medicine* (PubMed/Medline), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando descritores como “Atenção Primária à Saúde”, “Primary Health Care” “Redes sociais”, “Social Media”, “Ética” e “Ethics”.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; redes sociais; ética.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The progress of social media and the internet represents a transformation in the advancement of communication and the dissemination of knowledge. Virtual social networks are powerful tools for disseminating information and engaging users of health services. During 2020, there were changes regarding the behavior of the population around the world in the face of the COVID-19 pandemic, including social distancing, restrictions on access to health units and collective activities. This scenario led to an acceleration in the integration of digital tools in PHC, such as advances in telemedicine, monitoring and surveillance activities, enhancing the dissemination of health information by professionals in the virtual space through messaging and video applications. It highlights the need to redefine the role of technology in healthcare and the ethical issues involved in the use of online communication tools, including user privacy, data confidentiality, information quality and professional responsibility. Despite advances in digital PHC, challenges such as the digitalization of health units, digital inclusion of vulnerable users and availability of resources persist. Although the 1990 Organic Health Law introduced the use of Digital Information and Communication Technologies (DIT) in health, the lack of bibliographic references in PHC makes this tool an organic practice among professionals. **OBJECTIVE:** This systematic review analyzes ethical issues in the use of social networks in PHC, especially

WhatsApp®, highlighting challenges and best practices for the ethical and safe use of these tools. **METHODOLOGY:** The review was carried out in the Scientific Electronic Library Online (SciELO) Web of Science and National Library of Medicine (PubMed/Medline), Virtual Health Library (VHL), using descriptors such as “Primary Health Care”, “Primary Health Care” “Social networks”, “Social Media”, “Ethics” and “Ethics”.

KEYWORDS: Primary Health Care; social networks; ethics.

Introdução

O avanço das tecnologias digitais têm transformado significativamente a forma como as informações são compartilhadas e acessadas, impactando diversos setores (Lorenzetti, *et al.*, 2012). O acesso à informação em saúde foi amplamente discutido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, destacando-se como crucial para o controle social. Posteriormente, com a Lei Orgânica de Saúde (LOS) nº 8.080 de 1990, o uso de Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC ou TIC) foi incorporado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse desenvolvimento científico e tecnológico tem demonstrado potencial apoio às práticas clínicas ao longo dos anos, incluindo os processos de aprendizagem no trabalho e sistemas de informação em saúde (Bender, 2024). Na Atenção Primária à Saúde (APS), apesar dos avanços com o processo de implantação de estratégias de informatização, entre elas o e-SUS AB, ainda existem desafios relacionados à infraestrutura tecnológica e o financiamento (Sousa *et al.*, 2019).

A partir de 2020, o Ministério da Saúde (MS) implementou importantes iniciativas de saúde digital, como o Programa Conecte SUS e a Rede Nacional de Dados em Saúde (RNDS), além de propor a revisão da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) para incluir a saúde digital. Contudo, ainda é necessária uma análise mais detalhada da Estratégia Brasileira de Saúde Digital para entender plenamente seus impactos, desafios e limitações nas práticas de saúde pública (Richard *et al.*, 2023).

As mídias sociais emergiram como ferramentas poderosas na disseminação de informações e no engajamento dos usuários dos serviços de saúde. Entre elas, as comunidades virtuais, que demonstraram potencial positivo para a adesão dos usuários dos serviços da APS ao tratamento de doenças crônicas (Fernandes; Calado; Araujo, 2018). No Rio de Janeiro, os Observatórios de Tecnologias de Informação e Comunicação em Serviços de Saúde – Rede OTICS-RIO – apoiam a formação dos trabalhadores, a disseminação de dados, a comunicação e a gestão da informação na atenção primária à saúde. Com um custo reduzido para o SUS, atingiu sete milhões de acessos em meados de 2015. (Pinto; Rocha, 2019).

Durante o ano de 2019, o vírus da COVID-19 gerou uma das piores catástrofes em saúde pública no mundo, imprimindo aos governantes e a ciência uma necessidade de resposta rápida para o combate do vírus. A resposta sanitária inicial focou na ampliação de leitos hospitalares e unidades de tratamento intensivo. No entanto, é fundamental reconhecer o papel crucial da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que, além de apoiar a atenção especializada para os casos graves, pode implementar um amplo conjunto de ações e estratégias voltadas para a prevenção, cuidado e controle da epidemia (*Nota técnica - O fim do ciclo de interiorização, a sincronização da epidemia e as dificuldades de atendimento nos hospitais*, 2020).

Neste período, a rede virtual foi amplamente utilizada de maneira instintiva pelos profissionais de saúde de diversas maneiras: Divulgação de Informação envolvendo a vacinação; Monitoramento de saúde dos usuários e profissionais; Interação entre a clínica e a população; Enfrentamento dos momentos de isolamento social; Combate às notícias fraudulentas amplamente compartilhadas e divulgadas na internet, entre outros (Melo *et al.*, 2023).

O estudo transversal realizado por Giovanella *et al.* (2022) revelou que, durante a pandemia, houve uma intensificação do acompanhamento de usuários prioritários via mensagens de texto pelo *WhatsApp*® em 43,5% das unidades de APS no Brasil. A falta de meios adequados de comunicação fez com que 63,2% das equipes utilizassem celulares pessoais para o

trabalho, especialmente nas regiões Nordeste (72,6%) e Centro-Oeste (70,5%). Mesmo nas unidades com internet, 17,8% das conexões foram consideradas inadequadas.

A Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal 13.709/2018) e a emenda constitucional 115 (Brasil, 2022), são um marco com relação ao avanço no tratamento de dados pessoais (Silva; Cunha, 2023). No entanto, o uso das plataformas de comunicação online também levanta importantes questões éticas que precisam ser cuidadosamente consideradas (Souza, 2017). A privacidade dos pacientes, a confidencialidade dos dados, a qualidade da informação compartilhada, e a responsabilidade profissional são apenas algumas das preocupações que surgem no contexto do uso das redes sociais na saúde. Com a facilidade de acesso e a velocidade de disseminação da informação, há um risco aumentado de exposição de dados sensíveis e de circulação de informações não verificadas, o que pode comprometer a relação de confiança entre pacientes e profissionais de saúde (Blank, 2003).

Esta revisão sistemática busca analisar as questões éticas associadas ao uso das redes sociais virtuais na APS, destacando os desafios e as melhores práticas para garantir uma utilização ética e segura dessas ferramentas, especialmente o *WhatsApp*®. Ao explorar a literatura existente, pretende-se oferecer uma visão abrangente dos principais dilemas éticos, proporcionando informações que possam auxiliar profissionais de saúde e instituições na adoção de políticas e práticas que assegurem o respeito aos direitos dos usuários e a integridade da informação.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa associada a um trabalho central de mestrado desenvolvido pelo programa de pós-graduação em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O objetivo será analisar produções relacionadas às questões éticas na comunicação nas redes sociais virtuais na APS, sobretudo o *WhatsApp*®.

Para a construção da questão de pesquisa, utilizou-se o método PCC (Problema, Conceito e Cenário), uma estratégia que auxilia na identificação dos tópicos-chave a serem investigados. Esse método é amplamente utilizado em revisões integrativas, pois oferece um arcabouço estruturado para definir com clareza o problema de pesquisa, o conceito principal a ser explorado, e o cenário no qual o estudo será aplicado. A adoção do PCC facilita a delimitação dos objetivos da pesquisa e contribui para uma busca mais direcionada e eficiente de evidências relevantes (Brun, 2015).

O problema destacado neste estudo é a lacuna sobre o uso das mídias sociais, o conceito perpassa as questões éticas e o cenário é a APS. A questão norteadora desta pesquisa é a seguinte: Quais são as evidências na literatura sobre comunicação nas redes sociais virtuais na Atenção Primária à Saúde?

O estudo teve como base as recomendações do Instituto Joanna Briggs (2015) e seguiu as seguintes etapas: (1) elaboração da questão de pesquisa e definição das palavras-chave; (2) condução da pesquisa; (3) seleção dos documentos, a partir da leitura dos títulos e resumos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão; (4) leitura na íntegra e categorização dos documentos incluídos; (5) sumarização e análise dos achados; e (6) apresentação dos principais resultados. e a apresentação dos resultados seguem orientações presentes no *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis* (PRISMA) (2020).

A busca na literatura foi realizada a partir do ano de 2014, pois neste período houve maior incentivo para implantação das Tecnologias de informação (TIC) em saúde (Bender *et al.*, 2024), além do Marco Civil da internet. Nas seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) *Web of Science* e *National Library of Medicine* (PubMed/Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Como critério de inclusão dos artigos, foram consideradas todas as publicações nas bases de dados que respondiam à pergunta da pesquisa, sem restrições de idioma ou local do estudo. Além disso, por se tratar de uma temática com poucos trabalhos publicados e atual, os artigos que discutiram

sobre a temática também foram incluídos, apesar de não responderem ao questionamento do trabalho. Artigos que não respondiam à questão orientadora ou não tratavam sobre o tema foram excluídos. Foram descartados editoriais, cartas ao editor, comentários, ensaios e artigos de opinião. Outrossim, referências dos artigos selecionados foram revisadas para identificar outros estudos relevantes.

Os artigos incluídos na revisão foram analisados em relação ao ano de publicação, idioma, período da coleta dos dados, local da realização, metodologia e principais resultados que demonstram evidências sobre as questões éticas envolvidas no uso das mídias sociais na APS.

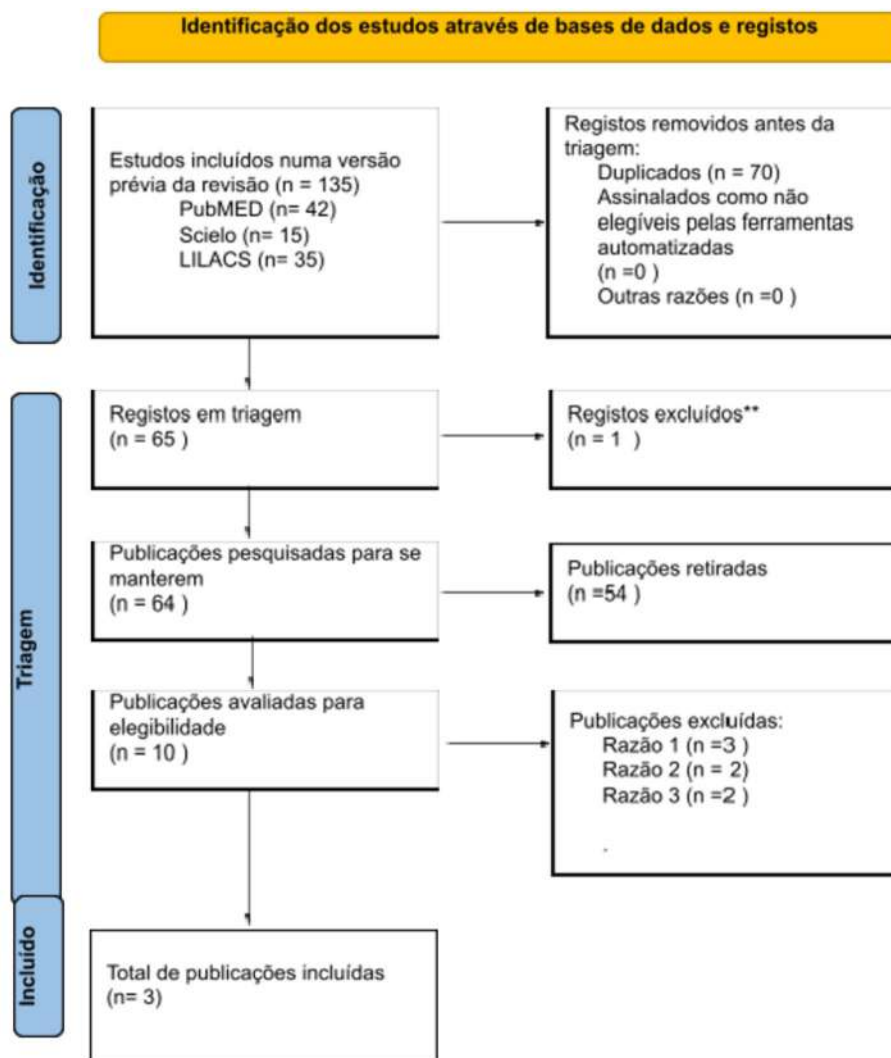
Os descritores utilizados foram apenas: (“Primary Health Care” OR “Atenção Primária à Saúde”) AND (“Social Media” OR “Redes Sociais”) AND (Ethics OR Ética). Pretendeu-se abarcar um número maior de artigos destas plataformas, pois não há tantos estudos relacionados à temática na literatura.

Resultados

Inicialmente, foram encontrados 135 artigos, 70 deles estavam duplicados e foram mesclados através do ZOTERO®. A partir disso, foi realizada análise dos 65 resumos, excluídos 54 que não tinham conformidade com a busca e 1 que era trecho de uma entrevista. Desta maneira, 10 trabalhos foram selecionados para a leitura completa.

Após a leitura na íntegra dos artigos, 7 deles foram excluídos pois 3 tratavam das redes sociais fora do contexto virtual, 1 não era um artigo, 1 não tinha a APS como cenário e 2 abordavam o tema mas não tratavam sobre a discussão ética ou de sigilo e não estavam relacionados com a pergunta norteadora da pesquisa. Portanto, 3 trabalhos foram selecionados, sendo 1 pesquisa de língua inglesa e 2 de língua portuguesa (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos



Fonte: PAGE, M. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, 2021. doi: 10.1136/bmj.n71

Quadro 1. Resumo dos principais resultados

Autor(es)	Ano	Local de estudo	Metodologia	Principais resultados
LaBarge et al.	2019	USA	Qualitativo	Potencialidades: Disseminação de informações sobre saúde na APS. Desafios: Éticos e de privacidade. Recomenda-se que as práticas de saúde adotem medidas de segurança e políticas claras para maximizar os benefícios e minimizar os riscos associados ao uso profissional dessas plataformas.
Silva et al.	2021	Brasil	Qualitativo	Potencialidades: Educação permanente e apoio na coordenação do serviço. Desafios: Segurança dos dados, sobrecarga de trabalho e falta de consentimento dos usuários sobre informações em saúde envolvidas nos processos de comunicação informal por meio de uso de aplicativos (WhatsApp®). Conclusão: É necessária educação permanente, recursos suficientes, ambiente, ambiência e condições seguras para a atuação ética e bioética do enfermeiro na APS.
Silva et al.	2022	Brasil	Qualitativo	Expõe formas de uso do WhatsApp® na APS durante a pandemia de COVID-19. Potencialidades: Positiva na comunicação entre profissionais, acesso a materiais educativos, agendamento de consultas e vigilância. Desafios: Necessidade de investimento em infraestrutura para utilização de tecnologias em saúde e redes sociais virtuais pelos profissionais da APS e das unidades de referência. Conclusão: As redes sociais apresentam alternativas para a continuidade do cuidado e monitoramento de usuários com COVID-19.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Os resultados serão analisados e discutidos de acordo com três questões principais identificadas pelos autores do trabalho: Medidas de segurança de dados e consentimento dos usuários; Educação permanente e condições para atuação profissional na rede virtual.

Medidas de segurança de dados e consentimento

A legislação reforça a privacidade como um direito fundamental, evoluindo do conceito de esfera privada para incluir a proteção de dados pessoais, especialmente diante da crescente vigilância digital por empresas e pelo Estado. O Marco Civil da Internet representou um avanço significativo no Brasil,

estabelecendo princípios importantes como a neutralidade da rede e a proteção da privacidade dos usuários, mas deixou lacunas no que diz respeito ao tratamento e comercialização de dados pessoais. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), inspirada no Regulamento Geral de Proteção de Dados (GDPR) europeu, surgiu para preencher essas lacunas, trazendo regras mais claras sobre o tratamento, armazenamento e compartilhamento de dados. A LGPD, inspirada no GDPR europeu, busca regulamentar esses aspectos, mas a eficácia da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) depende de uma participação ativa da sociedade civil e da academia para evitar a captura por interesses econômicos, como ocorreu com a ANATEL (Ferreira; Pinheiro; Marques, 2021).

O uso de redes sociais, como o WhatsApp®, tornou-se essencial no cotidiano das pessoas, especialmente para comunicação e compartilhamento de informações. A análise dos Termos de Serviço e da Política de Privacidade do aplicativo revela que ele está alinhado aos princípios da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), disponibilizando aos usuários mecanismos para gerenciar seus dados pessoais. Isso inclui a possibilidade de controlar quais informações são fornecidas, como elas são utilizadas e a finalidade de sua coleta, conferindo maior transparência e segurança no uso da plataforma (Manosso; Zenardi, 2020). Essa conformidade é crucial em um cenário de crescente preocupação com a privacidade digital e a proteção de dados pessoais.

Os autores destacam a necessidade de um protocolo rigoroso para garantir a privacidade e segurança das informações trocadas por celular, como no WhatsApp®, com diretrizes claras para a proteção de dados sensíveis e conformidade com a LGPD. Também ressaltam a importância de capacitar profissionais para orientar usuários sobre boas práticas de segurança e fontes confiáveis, evitando a disseminação de informações incorretas ou perigosas (Silva *et al.*, 2022).

O papel do profissional da informação é essencial na conscientização dos usuários, na produção de estudos acadêmicos e na promoção de debates sobre privacidade, destacando as consequências das violações para a sociedade e os indivíduos. Esses profissionais também desempenham um papel

crucial na elaboração e discussão de políticas de privacidade, promovendo o desenvolvimento de práticas mais seguras no ambiente digital. Além disso, eles são responsáveis por orientar o público sobre como proteger seus dados e compreender o impacto de uma gestão inadequada das informações pessoais, fortalecendo uma cultura de segurança e responsabilidade no uso de plataformas digitais (Siebra; Xavier, 2020).

Silva (2021) também abordou os dilemas éticos emergentes relacionados à dificuldade de equilibrar interações presenciais e virtuais. O estudo destacou como essa transição pode complicar a comunicação e a resolução de problemas dentro da equipe, especialmente em contextos onde a presença física e o contato direto são essenciais para uma abordagem eficaz. Além disso, foi apontada a complexidade das questões relacionadas ao compartilhamento de informações, particularmente para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que frequentemente têm um contato mais próximo e pessoal com os usuários. Para esses profissionais, o desafio é garantir que as informações sejam compartilhadas de maneira ética e segura, mantendo a confiança e a integridade do relacionamento com os usuários.

Educação permanente e organização profissional

As equipes de Saúde na APS são um espaço central para a consolidação da educação permanente em saúde, promovendo práticas compartilhadas, trabalho interdisciplinar e fortalecimento dos vínculos com os usuários. Ademais, a educação permanente visa atualizar constantemente as práticas com base em avanços teóricos, científicos e tecnológicos, e fomentar a construção conjunta de práticas organizacionais e intersetoriais voltadas para as políticas de saúde (Ferreira *et al.*, 2019).

Silva *et al.* (2022) destaca que o uso de ferramentas virtuais facilita significativamente a comunicação entre usuários e gestores, além de melhorar o acesso a materiais educativos e promover o apoio mútuo entre os profissionais de saúde. Essas ferramentas permitem a resolução ágil de dúvidas e facilitam o

contato direto com diversos pontos da rede de serviços. No entanto, Silva alerta para a necessidade de que os profissionais possuam habilidades em informática e para o investimento necessário para garantir o acesso adequado às plataformas digitais. A capacitação profissional é essencial para que os trabalhadores de saúde possam utilizar essas ferramentas de forma eficiente e segura.

Além disso, Silva *et al.* (2021) ressaltam que a criação de grupos no *WhatsApp*® apresenta uma potencialidade significativa como estratégia para fortalecer a organização e a coordenação dos serviços de saúde. A formação de grupos não só promove uma comunicação mais ágil e fluida entre os membros das equipes, como também facilita a troca de informações em tempo real, permitindo a rápida disseminação de orientações e a resolução de problemas operacionais. Essa dinâmica melhora a integração entre as equipes, contribuindo para uma gestão mais eficaz, além de uma resposta mais coordenada e eficiente às necessidades dos usuários, especialmente em contextos que exigem ações imediatas e colaborativas.

As redes sociais se destacam como ferramentas eficazes para comunicação e divulgação em saúde, promovendo vínculos, equidade no acesso à informação e diálogo contínuo com a população. Elas representam um avanço significativo na defesa e fortalecimento do SUS, ao permitirem interações mais dinâmicas e atenderem aos anseios da sociedade, alinhando-se ao controle social. Além disso, essas plataformas possibilitam uma rápida disseminação de campanhas de conscientização, orientações preventivas e mobilizações comunitárias, ampliando o alcance das políticas públicas de saúde. Dessa forma, as redes sociais contribuem para um engajamento mais ativo da população e facilitam o acompanhamento e a fiscalização das ações do SUS, promovendo uma saúde pública mais inclusiva e participativa (Costa *et al.*, 2022).

Condições para atuação profissional na rede virtual

A participação nas redes sociais, especialmente na atenção primária, levanta preocupações sobre o profissionalismo online. O comportamento dos

profissionais de saúde deve seguir os padrões éticos esperados na prática médica, também no ambiente virtual. Isso inclui a preservação da confidencialidade dos pacientes, a precisão das informações compartilhadas e o respeito aos limites profissionais nas interações online, LaBarge e Broom (2019) ressaltam que é crucial que os profissionais tenham consciência do impacto de suas postagens na relação médico-paciente e na confiança no sistema de saúde.

Para garantir uma atividade digital segura e eficaz, o profissional de saúde deve priorizar o respeito e a confidencialidade. Isso envolve tratar os usuários com dignidade, reconhecendo suas necessidades e preocupações, além de assegurar que informações sensíveis sejam mantidas em sigilo. Costa (2019) destaca a importância de utilizar plataformas seguras e fornecer orientações claras sobre privacidade, fortalecendo a confiança nas interações virtuais. Assim, o uso ético das ferramentas digitais contribui para um atendimento de qualidade e alinhado às expectativas dos pacientes.

Apesar da incerteza em relação à regulamentação do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC), observou-se que a adoção dessas tecnologias ocorreu frequentemente de forma espontânea e autônoma. Profissionais de saúde, buscando assegurar a continuidade do cuidado sem expor os pacientes ao risco de contaminação pelo vírus da COVID-19, desenvolveram estratégias inovadoras para enfrentar as novas circunstâncias. Na ausência de suporte formal e com limitações em equipamentos e softwares adequados, muitos desses profissionais recorreram a redes sociais e seus próprios telefones celulares para atender às demandas emergenciais (Tureck *et al.*, 2024).

O artigo brasileiro sobre a tecnossocialidade no cotidiano da saúde destaca o aumento significativo no uso das redes sociais, especialmente o WhatsApp®, no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) durante a pandemia. Os autores sublinham a necessidade de investimentos substanciais em infraestrutura para viabilizar o uso eficiente dessas ferramentas. Além disso, apontam que o trabalho realizado online, combinado com um ambiente inadequado e uma disposição insuficiente do consultório, tem colocado em risco a privacidade do atendimento na APS (Silva, 2021).

Conclusão

O avanço das Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação (TDIC) têm transformado a Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo tanto oportunidades quanto desafios, especialmente no que se refere à segurança, ética e capacitação profissional. Embora o uso de redes sociais e plataformas digitais tenha facilitado a comunicação, por exemplo, a criação de grupos de comunicação, como o WhatsApp®, fortalecerem a organização e a coordenação dos serviços, promovendo um atendimento mais coordenado aos usuários e o suporte entre profissionais de saúde, há uma necessidade urgente de estabelecer protocolos rigorosos que garantam a privacidade dos dados e o consentimento dos usuários.

A capacitação em informática e o investimento em infraestrutura também são essenciais para uma utilização eficaz dessas ferramentas. Apesar dos avanços observados, especialmente durante a pandemia de COVID-19, ainda existem lacunas no suporte formal e infraestrutura adequada, o que levou muitos profissionais a improvisar soluções. No entanto, a falta de pesquisas que abordem diretamente as questões éticas associadas ao uso das TDIC indica a necessidade de novos estudos para fornecer uma base mais sólida para a formulação de políticas que garantam a segurança e a ética no uso dessas tecnologias na APS.

Referências

BENDER, J. D. *et al.* O uso de Tecnologias de Informação e Comunicação em Saúde na Atenção Primária à Saúde no Brasil, de 2014 a 2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, p. e19882022, 2024.

BLANK, L. *et al.* Medical professionalism in the new millennium: a physician charter 15 months later. **Annals of Internal Medicine**, [online]. 2003, v. 138, n. 10, p. 839–841. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12755556&lang=pt-br&site=ehost-live>. Acesso em: jan. 2016.

BRUN, C. N.; ZUGE, S. S. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidências na enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (orgs.). **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 77–98.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Estratégia de Saúde Digital para o Brasil 2020-2028**. Brasília: MS, 2020.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 115, de 10 de fevereiro de 2022**. Altera a Constituição Federal para incluir a proteção de dados pessoais entre os direitos e garantias fundamentais e para fixar a competência privativa da União para legislar sobre proteção e tratamento de dados pessoais. 2022. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc115.htm. Acesso em: 21 set. 2024.

COSTA, S. G. C. *et al.* Avanços e limitações das redes sociais como estratégia de comunicação no Sistema Único de Saúde: Relato de experiências em Unidades de Saúde da Família. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1656, 2022.

COSTA, A. A. R. da. The health professional and social media. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 1, p. 3–4, 2019.

FERNANDES, L. de S.; CALADO, C.; ARAUJO, C. A. S. Redes sociais e práticas em saúde: influência de uma comunidade online de diabetes na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3357–3368, 2018.

FERREIRA, D. A. A.; PINHEIRO, M. M. K.; MARQUES, R. M. Privacidade e proteção de dados pessoais: perspectiva histórica. **InCID Revista de Ciência da Informação e Documentação**, v. 12, n. 2, p. 151–172, 2021.

FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, 2019.

FIOCRUZ. Nota técnica – O fim do ciclo de interiorização, a sincronização da epidemia e as dificuldades de atendimento nos hospitais. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-o-fim-do-ciclo-de-interiorizacao-sincronizacao-da-epidemia-e-dificuldades-0>. Acesso em: 18 set. 2024.

GIOVANELLA, L. *et al.* Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia de COVID-19 no SUS. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (eds.). **COVID-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 201–216. (Informação para ação na COVID-19 series)

LABARGE, G.; BROOM, M. Social media in primary care. **Missouri Medicine**, v. 116, n. 2, p. 106–110, 2019.

LIMA, S. G. P. *et al.* A utilização de redes sociais digitais na área da saúde: uma revisão sistemática. **Saúde e Pesquisa**, v. 8, p. 93–101, 2015.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 21, p. 432–439, 2012.

MANOSSO, M. C. M.; ZENARDI, R. Privacidade no aplicativo WhatsApp segundo a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Disponível em: <https://unisecal.edu.br/wp-content/uploads/2023/08/MARILIA-CRISTINA-MARQUES-MANOSSO.pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.

MELO, L. C. do N. *et al.* Redes sociais virtuais e tecnologias em saúde no cotidiano de usuários e famílias: cuidado e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 8, p. 2193–2202, 2023.

OECD. **Health in the 21st century: Putting data to work for stronger health systems**. [s.l.]: OECD, 2019.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, v. 372, 2021.

PINTO, L. F.; ROCHA, C. M. F. Inovações na Atenção Primária em Saúde: o uso de ferramentas de tecnologia de comunicação e informação para apoio à gestão local. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1433–1448, 2016.

RACHID, R. *et al.* Saúde digital e a plataformização do Estado brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2143–2153, 2023.

SIEBRA, S. de A.; XAVIER, G. A. C. Políticas de privacidade da informação: caracterização e avaliação. **BIBLOS**, v. 34, n. 2, 2020.

SILVA, A. B.; CUNHA, F. J. A. P. Lei Geral de Proteção de Dados e o controle social da saúde. Editora Rede Unida, 10 jun. 2023. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2023/06/Livro-Lei-Geral.pdf>. Acesso em: 22 set. 2024.

SILVA, T. C. *et al.* Tecnossocialidade no cotidiano de profissionais da saúde e interação com usuários na pandemia de COVID-19. **Escola Anna Nery**, v. 26, n. spe, p. e20220123, 2022.

SILVEIRA SILVA, L. *et al.* Segurança do profissional e problemas éticos e bioéticos no cotidiano da atenção primária: vivências de enfermeiros. **Revista Latino-Americana de Bioética**, v. 20, n. 2, p. 103–119, 2021.

SOUSA, A. N. *et al.* Estratégia e-SUS AB: transformação digital na atenção básica do Brasil. In: **Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação nos estabelecimentos de saúde brasileiros**. TIC Saúde 2018. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2019.

SOUZA, E. da S. *et al.* Ética e profissionalismo nas redes sociais: comportamentos online de estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 4, p. 564–575, 2017.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015. Methodology for JBI scoping reviews**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2015.

TURECK, F. *et al.* Inovações produzidas na Atenção Primária à Saúde durante a pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, p. e07022023, jun. 2024.

AÇÕES DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Areas
Ana Laura Brandão
Leonardo Graever

RESUMO

INTRODUÇÃO: A avaliação e melhoria da qualidade dos serviços são práticas comuns em ambientes profissionais, realizadas por profissionais locais ou administradores, visando eficiência, economia de recursos, bem-estar, satisfação do usuário e sustentabilidade. No SUS, alguns processos de melhoria da qualidade foram utilizados nos últimos anos, destacando-se o Programa para Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) do Ministério da Saúde. Porém ainda não há muitas experiências no uso da melhoria de qualidade na atenção primária no Brasil, com pouca descrição na literatura. **OBJETIVO:** Revisar a literatura recente acerca da melhoria da qualidade da assistência em serviços de atenção primária a nível mundial. **METODOLOGIA:** Estudo de revisão integrativa. Foi utilizada a estratégia PICO, com foco em como estratégias de melhoria da qualidade impactam os serviços de atenção primária à saúde. A busca dos artigos ocorreu na bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, tendo por filtro o recorte temporal de 2021 e 2024. Os resultados foram relatados de acordo com o guia PRISMA para escrita de artigos de revisão. **RESULTADOS:** obteve-se um total de 8 artigos para compor esta revisão. Os resultados sugerem que as estratégias de melhoria da qualidade demonstraram um impacto positivo nas práticas de atenção primária à saúde, **DISCUSSÃO:** As estratégias de melhoria da qualidade demonstraram um impacto positivo nas práticas de atenção primária à saúde, tanto no diz respeito a comunicação eficaz e o fortalecimento de relacionamentos, como

no aumento da confiança e habilidades dos profissionais. **CONCLUSÃO:** foi possível identificar a importância de se utilizar a melhoria de qualidade como estratégia na assistência prestada e o impacto na saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Atenção Primária à Saúde; melhoria da qualidade; qualidade da assistência à saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The evaluation and improvement of service quality are common practices in professional environments, carried out by local professionals or administrators, aiming at efficiency, resource conservation, user well-being, satisfaction, and sustainability. In Brazil's Unified Health System (SUS), some quality improvement processes have been utilized in recent years, notably the Program for Improving Access and Quality (PMAQ) from the Ministry of Health. However, there are still few experiences in the use of quality improvement in primary care in Brazil, with little description in the literature. **OBJECTIVE:** To review recent literature on the quality improvement of care in primary health services worldwide. **METHODOLOGY:** This is an integrative review study. The PICO strategy was used, focusing on how quality improvement strategies impact primary health care services. The search for articles was conducted in the Virtual Health Library databases, with a time filter from 2021 to 2024. The results were reported in accordance with the PRISMA guidelines for writing review articles. **RESULTS:** A total of 8 articles were obtained to compose this review. The results suggest that quality improvement strategies have shown a positive impact on primary health care practices. **DISCUSSION:** Quality improvement strategies have demonstrated a positive impact on primary health care practices, regarding effective communication and strengthening relationships, as well as increasing the confidence and skills of professionals. **CONCLUSION:** It was possible to identify the importance of using quality improvement as a strategy in the care provided and its impact on the health of the population.

KEYWORDS: Primary Health Care; quality improvement; quality of health care.

Considerações iniciais

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) públicos do Brasil integram um sistema de saúde gratuito e universal, com recursos limitados e uma grande pressão social e política por resultados. Sua implantação recente, embora traga desafios do ponto de vista da consolidação, traz também inúmeras oportunidades de melhoria. Trata-se de um campo fértil para a aplicação de ferramentas de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ) (Batalden; Davidoff, 2007), e a criatividade dos profissionais, aliada a este substrato, nos traz um grande potencial de sucesso nas intervenções (Ramos *et al.*, 2021). Dentre as diversas atribuições das equipes de saúde da família e dos gestores em saúde, pode-se destacar a busca pela melhoria da qualidade do cuidado prestado à população (Campos, 2005).

A avaliação do trabalho, o planejamento e a execução de ações visando a melhoria da qualidade de serviços é uma prática comum em diversos ambientes profissionais. Através destas ações, organizadas por iniciativa local (profissionais) ou central (administradores, governos), busca-se melhorar o desempenho e a eficiência dos processos de trabalho, com interesses diversos: economia de recursos, bem-estar do profissional, satisfação do usuário, sustentabilidade (RCGP, 2015).

Uma das maiores e mais conhecidas iniciativas relacionadas à melhoria da qualidade em saúde ocorridas no mundo e no Brasil foi o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), organizado e executado pelo Ministério da Saúde em todo o território nacional. Lima (Lima *et al.*, 2018) comparou os resultados obtidos pelo primeiro e segundo ciclos do PMAQ. Em seu estudo, demonstrou a importância de mensurar os atributos da APS, pois a realização dessas avaliações direcionam a tomada de decisão, identificam indicadores que necessitam de mais investimentos e são instrumentos que

garantem qualidade e maior resolutividade da APS. No Brasil, alguns processos de avaliação foram utilizados nos últimos anos, destacando-se o PMAQ do Ministério da Saúde. Este por exemplo correlacionou-se com importantes resultados na qualidade em saúde no Brasil, incluindo a taxa de internação por condições sensíveis (Russo *et al.*, 2021). Entretanto, seria necessário maior tempo de existência dos programas para avaliar o impacto dessas iniciativas na qualidade da APS.

Avaliar consiste, principalmente, em realizar um julgamento de valor sobre uma intervenção ou qualquer um de seus componentes, com o intuito de auxiliar na tomada de decisões. Esse julgamento pode ser fruto da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou surgir de um processo científico (pesquisa avaliativa). A avaliação, semelhante à pesquisa, é uma ferramenta valiosa na formulação de políticas, mas por si só não é suficiente para determinar políticas. Para maximizar a utilidade dos resultados de uma avaliação, é essencial reconhecer que a avaliação é um meio de produzir informações e, portanto, uma fonte de poder para os envolvidos no processo (Hartz, 1997).

O monitoramento contínuo e regular de uma determinada condição de saúde, um dos pilares da tecnologia de gestão de saúde, é essencial para acompanhar de perto os objetivos e metas previamente estabelecidos no planejamento, permitindo ajustes nas intervenções para progressivamente contribuir para a melhoria da eficiência e qualidade do atendimento em saúde, visando alcançar resultados clínicos positivos para os usuários (Matos, 2022).

O *Royal College of General Practitioners* difundiu a Melhoria Contínua da Qualidade como parte de seu compromisso em melhorar constantemente a qualidade dos cuidados de saúde, focando nas preferências e necessidades dos usuários dos serviços.

A Ciência de Melhoria de Qualidade é utilizada em todo o mundo para melhoria de processos de trabalho em várias áreas de produção e serviços, incluindo serviços nacionais de atenção primária à saúde (Braithwaite *et al.*, 2016).

A literatura indica que os processos de indução de melhoria da qualidade mais assertivos são aqueles nos quais a iniciativa parte das equipes diretamente envolvidas na atenção à população, que são baseados em ciclos frequentes e contínuos (Balasubramanian *et al.*, 2018; Batalden; Davidoff, 2007).

A Melhoria da Qualidade é um conceito amplamente adotado em sistemas de saúde ao redor do mundo, com o objetivo de promover a eficiência, a segurança e a efetividade dos serviços prestados. No Sistema Nacional de Saúde britânico, apontam para fatores chave que facilitam a implementação da MCQ, como a promoção do trabalho em equipe e uma liderança eficaz que capacite os membros da equipe a avaliar e aprimorar a qualidade (Gosling *et al.*, 2019; Jackson, 2017).

No contexto canadense, embora os cidadãos estejam, em geral, mais saudáveis, o sistema de saúde enfrenta desafios significativos entre os padrões de atendimento de alta qualidade e a realidade do atendimento recebido. Dhalla e Tepper (2018) destacam que há oportunidades de melhoria na atenção primária, o que requer investimentos e um maior envolvimento da equipe de saúde e dos próprios pacientes. A implementação de diretrizes e padrões baseados em evidências é fundamental para reduzir as variações no atendimento e melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos (Dhalla; Tepper, 2018). Além disso, muitos profissionais da atenção primária estão se familiarizando com as ferramentas da ciência de melhoria de qualidade e os princípios dos ciclos do PDSA, o que poderá facilitar um atendimento de excelência (Kiran *et al.*, 2019).

Nos Estados Unidos o uso da melhoria da qualidade também é demonstrado na literatura, Batalden em seu estudo afirma ser necessário unir esforços de forma contínua e conjunta de todos os envolvidos - profissionais de saúde, pacientes e seus familiares, pesquisadores, financiadores, planejadores e educadores - a fim de promover mudanças que tragam melhores resultados para os pacientes (saúde), um desempenho aprimorado do sistema (atendimento) e um desenvolvimento profissional mais sólido (aprendizado) (Batalden; Davidoff, 2007).

Dessa forma, a Melhoria da Qualidade emerge como uma estratégia vital em sistemas de saúde internacionais, promovendo práticas mais seguras e

efetivas que atendem às necessidades dos pacientes e melhoram os resultados em saúde e servindo como inspiração para essa pesquisa, o que a torna extremamente importante para o preenchimento de lacunas e o estímulo a novas pesquisas relacionadas à temática da melhoria da qualidade no contexto da atenção primária brasileira.

Objetivo

Revisar a literatura científica acerca do uso da melhoria da qualidade em serviços de atenção primária.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que visa sintetizar e analisar a literatura recente existente sobre a utilização de ferramentas de melhoria contínua da qualidade na APS. A revisão integrativa fornece um apanhado abrangente do tema, identifica lacunas de conhecimento e direciona pesquisas futuras, sintetiza o conhecimento sobre um determinado tema, o que possibilita chegar-se a conclusões gerais a respeito da temática pesquisada (Priest, 2006).

A busca de literatura foi realizada de forma sistemática, onde a autora principal atuou em todas as etapas do processo. A coleta de dados incluiu a utilização de bases de dados relevantes, onde executou a pesquisa com palavras-chave definidas a priori. Após a busca inicial, procedeu com a revisão dos títulos e resumos dos artigos identificados para garantir sua relevância para o tema proposto. Em seguida, realizou uma análise detalhada dos textos completos selecionados, seguindo critérios de inclusão e exclusão bem definidos para compor a amostra final da revisão.

A pesquisa seguiu todas as seis etapas para a revisão integrativa da literatura (Mendes; Silveira; Galvão, 2008), sendo elas: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão norteadora da pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão

de estudos/ amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; apresentação da revisão/síntese do conhecimento (Mendes; Silveira; Galvão, 2008).

Além disso, também foram seguidas os elementos propostos pelo *checklist* do PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (Page *et al.*, 2021) para a construção do banco de dados dessa presente pesquisa. É importante acrescentar que apesar de ser uma ferramenta empregada em revisões sistemáticas, também tem sido utilizada para direcionar a escrita de revisões integrativas (Page *et al.*, 2021).

Seleção da questão norteadora

Para a formulação da questão norteadora da pesquisa foi utilizado a estratégia PICO. Neste acrônimo, P: população/pacientes; I: intervenção; C: comparação/controle; O, desfecho. Sendo assim, neste estudo, “P” refere-se aos serviços de Atenção Primária à Saúde, “I” ao uso de ferramentas de Melhoria Contínua da Qualidade, “C” a comparação entre diferentes estratégias de melhoria e “O” ao efeito na qualidade dos serviços de atenção primária. A pergunta de pesquisa definida foi: “Como as estratégias de melhoria da qualidade impactam os serviços de atenção primária à saúde, considerando a revisão da literatura existente sobre o uso dessas intervenções?” (Quadro 1).

Quadro 1. Definição dos descritores controlados e termos alternativos do DeCS

PICO	Descritores Controlados (DeCS)	Termos Alternativos
P (Serviços de atenção primária em saúde)	atenção primária à saúde	Atendimento Básico, Atendimento Primário, Atendimento Primário de Saúde, Atenção Básica, Atenção Básica à Saúde, Atenção Básica de Saúde, Atenção Primária, Atenção Primária de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Cuidado de Saúde Primário, Cuidado Primário de Saúde, Cuidados de Saúde Primários, Cuidados Primários, Cuidados Primários à Saúde, Cuidados Primários de Saúde, Primeiro Nível de Assistência, Primeiro Nível de Atendimento, Primeiro Nível de Atenção, Primeiro Nível de Atenção à Saúde, Primeiro Nível de Cuidado, Primeiro Nível de Cuidados
I (Ações de Melhoria Contínua da Qualidade)	Melhoria da Qualidade	Melhora de Qualidade, Melhoramento de Qualidade
C		Não Utilização de Ferramentas
O (Estratégias de Melhoria da Qualidade)	Qualidade da Assistência à Saúde	Qualidade Assistencial, Qualidade de Assistência à Saúde, Qualidade dos Serviços de Saúde

Fonte: Elaborado pelos autores.

Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e busca na literatura

Na metodologia da pesquisa, foi considerado o período de 2021 a 2024 para fazer um recorte acerca do uso de ferramentas de melhoria contínua da qualidade em serviços de atenção primária. A escolha desse período é justificada pela necessidade de medir ações atuais ocorridas.

Como critério de inclusão, foram considerados estudos nos idiomas português, inglês e espanhol, que respondiam à pergunta da pesquisa. Foram excluídos das buscas: teses, dissertações, artigos opinativos e editoriais. A busca nas bases de dados aconteceu no período de outubro de 2024.

Estratégia de busca

Para se obter os artigos, foram realizadas consultas às bases de dados eletrônicas via Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino-Americana e

do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud(IBECS), Medical Literature Analysis and Retrievel System Online (MEDLINE); e Scientific Electronic Library Online(SciELO).

Nessas bases de dados, foram utilizados os descritores controlados presentes no: DeCS (Descritores da Ciência da Saúde) “Atenção primária à saúde”, “Melhoria da qualidade” e “Qualidade da Assistência à Saúde”. A realização do cruzamento entre os termos foi feita a partir do emprego dos operadores lógicos booleanos “AND” e “OR” a fim de obter o maior número de artigos possíveis para responder à pergunta norteadora. A apresentação das estratégias de buscas nas respectivas bases de dados pode ser vista no quadro 2.

Quadro 2. Estratégias de busca nas bases de dados

Bases de Dados	Estratégias/Chave Utilizada	Resultados Obtidos nas Buscas (n)
Via BVS (MEDLINE)	(“Atenção Primária à Saúde” OR “Serviços de Saúde” OR “Saúde Primária”) AND (“Melhoria da Qualidade” OR “Qualidade da Assistência” OR “Gestão da Qualidade”) AND (“Qualidade dos Serviços de Saúde” OR “Intervenções em Saúde” OR “Programas de Qualidade em Saúde”)	3575
Total de Artigos		3575

Fonte: Elaborado pelos autores.

Categorização dos estudos

Os artigos incluídos na pesquisa foram preliminarmente analisados e foram definidas as informações a serem extraídas: títulos, autores, ano, metodologia, resultados principais e conclusão que demonstraram o uso de melhoria de qualidade nos serviços de atenção primária. Para tal, foram considerados os elementos propostos pelo PRISMA, com vistas à organização e ao estabelecimento da formação do banco de dados (Page *et al.*, 2021).

Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Primeiramente foi realizada a leitura preliminar de títulos e resumos dos artigos selecionados, em seguida, uma análise mais aprofundada dos restantes, o que resultou na seleção dos artigos que respondiam à pergunta de pesquisa, dessa forma, foi obtido a amostra de artigos que compuseram a revisão e essa pesquisa. Para a organização e gerenciamento dessa etapa, foi utilizado o software Rayyan® para a seleção sistemática de artigos, bem como a remoção dos artigos em duplicidade (Quadro 3). Vale acrescentar que os aspectos éticos e os direitos autorais foram resguardados e os autores dos trabalhos foram devidamente incluídos na lista de referências. As resoluções nacionais acerca da ética em pesquisas foram atendidas. Diante do exposto, por se tratar de uma pesquisa de natureza bibliográfica a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada.

Interpretação dos resultados

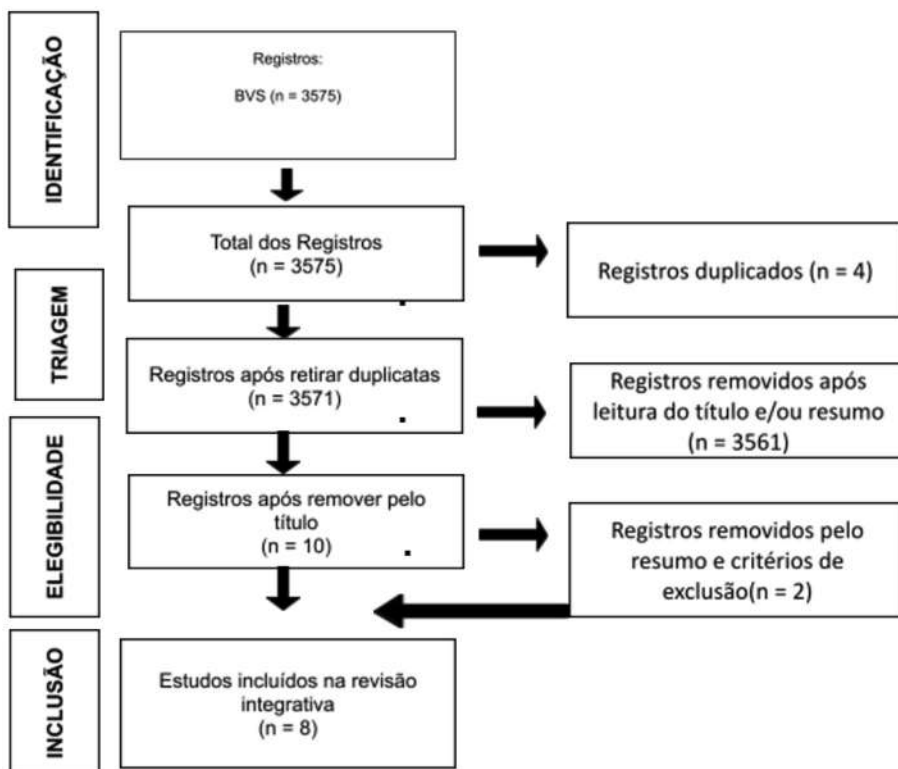
Após a seleção dos artigos, foram estabelecidas as categorias temáticas para síntese dos resultados similares. São elas:

- **Qualidade e Avaliação:** relacionadas à medição e avaliação da qualidade de serviços de saúde, suas metodologias, e os resultados das intervenções, além de implicações em práticas de cuidado.
- **Implementação e Processos:** tratam do processo de implementação de práticas em saúde, incluindo metodologias, barreiras, facilitadores, e recomendações práticas.
- **Promoção e Impacto da Saúde:** impacto das práticas de saúde e suas interações com a promoção da saúde na comunidade e suas repercussões sociais e econômicas.
- **Capacitação e Cultura organizacional:** desenvolvimento de habilidades, a construção de uma cultura de trabalho, e o impacto das relações interpessoais e da comunicação na prática de saúde.
- **Políticas e Integração:** como diferentes níveis de políticas e integração podem afetar a prática e a organização de cuidados em saúde.

Resultados

Com a metodologia empregada, que foi elaborada de acordo com o checklist do PRISMA (Quadro 3), foram encontrados um total de 3575 estudos no portal da BVS. A autora principal realizou leitura prévia dos títulos e resumos dos artigos, de forma que foram descartadas pesquisas duplicadas, empregou-se os critérios de inclusão e exclusão, estabelecidos na metodologia, e feito leitura dos títulos e resumos dos artigos, e obteve-se o resultado de 10 estudos. Alinhado à questão norteadora deste estudo, um total de 10 artigos eram elegíveis para a análise final. Após a leitura na íntegra, foram descartadas 2 pesquisas por não contemplarem o objetivo desta revisão, o que resultou em um total de 8 artigos incluídos nessa revisão.

Quadro 3. Estudos selecionados para a revisão integrativa
Identificação de estudos por meio de bases de dados e registros



Fonte: Adaptado de PRISMA 2020.

Para facilitar a compreensão dos artigos incluídos, foi elaborado um quadro resumo que descreve as pesquisas através de seus: títulos, autores, ano, metodologia, resultados principais, categorias temática e conclusão (Quadro 4).

Quadro 4. Estudos incluídos na revisão integrativa

Título	Autores	Ano	Metodologia	Resultados Principais	Categoria Temática	Conclusão
“The evaluation of the Plan–Do–Study–Act cycles for a healthcare quality improvement intervention in primary care”	Manandi et al.	2024	Estudo randomizado controlado	Melhoria na gestão de doenças cardiovasculares e aumento na adesão a intervenções de saúde	Qualidade e Avaliação; Implementação e Processos; Capacitação e Cultura organizacional	O estudo demonstra que as estratégias de melhoria da qualidade, como os ciclos PDSA, impactam positivamente os serviços de atenção primária à saúde.
“Developing a model for primary care quality improvement success: a comparative case study in rural, urban, and Kaupapa Māori organisations”	Cullen et al.	2023	Estudo de caso qualitativo	As organizações foram motivadas por necessidades comunitárias e culturais, com liderança engajada e distribuída observada em diferentes níveis.	Qualidade e Avaliação; Implementação e Processos; Capacitação e Cultura organizacional	Estratégias de melhoria da qualidade impactam os serviços de atenção primária à saúde, destacando a importância do contexto e da cultura organizacional.
“Avaliação das ações de saúde nas escolas e o impacto na atenção primária à saúde”	Facchini et al.	2022	Estudo transversal	O envolvimento da família e da escola foi mencionado como uma das principais formas de lidar com as demandas de saúde.	Promoção e Impacto da Saúde; Políticas e Integração; Qualidade e Avaliação	O estudo indica que a incorporação de tecnologias de informação e a realização de atividades nas escolas melhoraram a qualidade da atenção, embora a utilização de registros ainda seja fraca em algumas regiões.

“Trends in quality of primary care in the United States, 2007–2016”	Saxena et al.	2022	Análise retrospectiva	A taxa de hospitalizações evitáveis diminuiu. A taxa ajustada por idade aumentou para complicações de diabetes a curto prazo e amputações de membros inferiores.	Qualidade e Avaliação; Implementação e Processos	O estudo sugere que, apesar de algumas melhorias na qualidade da atenção primária, certas condições, como complicações do diabetes, mostraram tendências preocupantes, indicando a necessidade de intervenções contínuas.
“Decision-support tools via mobile devices to improve quality of care in primary healthcare settings”	Schünemann et al.	2021	Revisão sistemática de ensaios randomizados controlados	O uso de ferramentas de suporte à decisão digital mostrou resultados mistos em relação à adesão dos provedores às práticas recomendadas e ao comportamento de saúde dos pacientes. A certeza da evidência variou de muito baixa a moderada.	Qualidade e Avaliação; Implementação e Processos; Promoção e Impacto da Saúde	As intervenções digitais podem melhorar a aceitação e a satisfação dos pacientes, mas os efeitos sobre a saúde e o comportamento dos pacientes são incertos.

“Experiences of patients with a disability in receiving primary health care”	Walji, Carroll e Haber	2021	Entrevista semiestruturada	Identificação de temas como a importância de relacionamentos, comunicação multidirecional e barreiras físicas que afetam a experiência do paciente. Relações positivas com a equipe melhoraram o acesso e a experiência de cuidado.	Políticas e Integração; Capacitação e Cultura organizacional	O estudo sugere que estratégias de melhoria da qualidade, como a comunicação eficaz e o fortalecimento de relacionamentos, têm um impacto positivo nos serviços de atenção primária à saúde para pacientes com deficiência.
“An evaluation of the implementation of quality improvement (QI) in primary care dentistry: a multi-method approach”	Cassie et al.	2021	Entrevista semiestruturada	Aumento do conhecimento, habilidades e confiança em relação à metodologia de melhoria de qualidade; identificação de barreiras e facilitadores para a implementação de qualidade; práticas variaram em conformidade com os cuidados existentes.	Qualidade e Avaliação; Capacitação e Cultura organizacional; Políticas e Integração; Implementação e Processos	As estratégias de melhoria da qualidade demonstraram um impacto positivo nas práticas de atenção primária à saúde, com aumento na confiança e habilidades dos profissionais. O estudo sugere que as lições aprendidas podem ser transferíveis para outros contextos de cuidados primários.
“The role of organizational learning and resilience for change in building quality improvement capacity in primary care”	Schuttner et al.	2021	Ensaio clínico randomizado	A intervenção demonstrou potencial para aumentar a capacidade de melhoria da qualidade nas práticas de atenção primária.	Implementação e Processos; Capacitação e Cultura; Promoção e Impacto da Saúde	A construção de capacidade de melhoria da qualidade é essencial para a eficácia dos serviços de saúde.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

Nesta revisão integrativa, foram incluídos oito estudos. Os artigos achados foram publicados entre 2021 e 2024, abrangendo diversos países, como Nova Zelândia, Reino Unido, Austrália, Estados Unidos, Canadá e Brasil. Os estudos foram diversificados, com maior quantidade entrevista semiestruturada (n=3), tipo transversal (n=1), retrospectivo com abordagem quantitativa (n=1), estudo randomizado (n=2) e revisão sistemática (n=1).

De acordo com as categorias temáticas estabelecidas nesta revisão, observou-se a predominância das categorias intituladas “Qualidade e Avaliação” (n=6) e “Implementação e processos” (n=6), seguido de “Capacitação e Cultura organizacional” (n=5). A categoria “Promoção e Impacto da Saúde” (n=3) esteve presente em alguns estudos. Já a categoria “Políticas e Integração” foi a que menos apareceu (n=2).

Os resultados da revisão integrativa destacaram a importância central das categorias temáticas “Qualidade e Avaliação” e “Implementação e Processos” nas pesquisas em saúde. Essa predominância sugere que a medição da qualidade dos serviços de saúde e a eficácia de suas implementações são fundamentais para a melhoria contínua na atenção primária. A melhoria da qualidade está relacionada não apenas à avaliação sistemática de práticas, mas também à necessidade de se estabelecer processos eficazes de implementação que possam superar barreiras e garantir a adoção de práticas baseadas em evidências. Assim, a literatura aponta para uma crescente necessidade de abordar métodos que fortaleçam a avaliação e a implementação, impactando significativamente os resultados em saúde.

Por outro lado, a menor frequência observada na categoria “Políticas e Integração” pode indicar uma lacuna nas pesquisas que conectam práticas de saúde com políticas públicas e sua integração com outros setores. Isso levanta questões sobre a continuidade e a sustentabilidade das práticas em saúde, que muitas vezes depende do suporte de políticas sólidas e de parcerias intersetoriais. A escassez de estudos nessa área sugere uma oportunidade

para futuros pesquisadores explorarem como políticas e integrações efetivas podem ser desenvolvidas e implementadas para melhorar as práticas de saúde e promover um impacto social mais efetivo.

Manandi *et al.* (2023) analisa como o uso dos ciclos de Plan–Do–Study–Act (PDSA), uma das principais ferramentas do Modelo de Melhoria preconizadas pelo Institute for Health Improvement como ferramenta de melhoria contínua da qualidade, essas ferramentas incluem uma série de métodos e práticas que visam promover melhorias contínuas na qualidade dos serviços de saúde e que podem melhorar a qualidade nos serviços de atenção primária. Os autores usaram uma abordagem mista, que combinou métodos qualitativos e quantitativos para avaliar a implementação e a eficácia dos ciclos PDSA (Plan–Do–Study–Act) na atenção primária. Essa abordagem permite uma compreensão mais abrangente dos resultados, incluindo a análise de dados quantitativos sobre a eficácia das intervenções e a coleta de dados qualitativos que exploram as experiências e percepções dos profissionais de saúde envolvidos no processo que revelou melhorias importantes na gestão de doenças cardiovasculares e na adesão a intervenções de saúde. Os resultados mostram que as unidades que adotaram os ciclos PDSA conseguiram oferecer cuidados de melhor qualidade. Assim, o artigo confirma que essas estratégias impactaram positivamente os serviços de atenção primária (Manandi *et al.*, 2023).

Complementando o achado anterior, Cullen *et al.* (2023) analisa como as intervenções de melhoria da qualidade, quando adaptadas ao contexto local e apoiadas por uma cultura organizacional forte, podem levar a melhores resultados para pacientes e práticas. A pesquisa também contribui para essa revisão ao fornecer evidências sobre a relação entre fatores contextuais e o bom desempenho das iniciativas de melhoria da qualidade na atenção primária (Cullen *et al.* 2023).

Então indo de encontro aos demais estudos, o artigo analisa como as estratégias de melhoria da qualidade, como a realização de reuniões conjuntas e o uso de tecnologias de informação, impactam os serviços de atenção primária à saúde. Os resultados mostram que essas intervenções aumentaram a participação

das equipes em atividades escolares e melhoraram a qualidade do atendimento. Portanto, o artigo responde afirmativamente à pergunta sobre o impacto das estratégias de melhoria da qualidade nos serviços de atenção primária, evidenciando a importância de avaliações periódicas e do envolvimento da comunidade para o sucesso das intervenções (Wachs *et al.*, 2022).

Já o estudo de Saxena *et al.* (2022) analisa as tendências na qualidade da atenção primária nos Estados Unidos entre 2007 e 2016, utilizando dados do NIS e focando em hospitalizações evitáveis. Embora tenha identificado uma leve redução nas hospitalizações gerais, o aumento nas complicações de diabetes e amputações sugere que as estratégias de melhoria da qualidade não foram igualmente eficazes para todas as condições. Portanto, o artigo responde parcialmente à pergunta sobre o impacto das estratégias de melhoria da qualidade nos serviços de atenção primária, destacando a necessidade de intervenções mais direcionadas e eficazes para condições específicas (Saxena *et al.*, 2022).

Em contrapartida, o estudo de Agarwal (2021) analisa como as ferramentas de suporte à decisão digital impactam a qualidade dos serviços de atenção primária à saúde. A revisão da literatura existente revela que, embora haja potencial para melhorar a adesão às práticas recomendadas e a satisfação dos pacientes, os resultados sobre a eficácia dessas intervenções são mistos e a certeza da evidência é frequentemente baixa. Portanto, o artigo sugere que, enquanto as estratégias de melhoria da qualidade têm um impacto positivo em alguns aspectos, a incerteza em relação a outros resultados indica que mais pesquisas são necessárias para entender completamente como essas intervenções afetam os serviços de atenção primária à saúde (Agarwal *et al.*, 2021).

Ao passo que o estudo de Walji, Carroll e Haber (2021) analisa como as experiências de pacientes com deficiência em serviços de atenção primária à saúde podem ser melhoradas através de estratégias de qualidade, como a comunicação eficaz e o fortalecimento de relacionamentos com a equipe de saúde. Os resultados indicam que essas intervenções não apenas melhoram a experiência do paciente, mas também facilitam o acesso ao cuidado. Portanto, o artigo responde afirmativamente à pergunta sobre o impacto das estratégias

de melhoria da qualidade nos serviços de atenção primária, destacando a importância de uma abordagem centrada no paciente e na comunicação (Walji; Carroll; Haber, 2021).

Vale destacar que o estudo de Cassie *et al.* (2021) investiga como as estratégias de melhoria da qualidade impactam os serviços de atenção primária à saúde, especificamente na prática odontológica. Através de uma abordagem mista, os autores identificaram um aumento significativo no conhecimento e na confiança dos profissionais em relação às metodologias de melhoria de qualidade. Os resultados indicam que as intervenções de melhoria de qualidade não apenas melhoraram as habilidades dos profissionais, mas também destacaram facilitadores na implementação dessas práticas. Portanto, o artigo responde afirmativamente à pergunta sobre o impacto das estratégias de melhoria da qualidade nos serviços de atenção primária, sugerindo que as lições aprendidas podem ser aplicadas em outros contextos de saúde (Cassie *et al.*, 2021).

O estudo de Schuttner *et al.* (2021) reafirma como as estratégias de melhoria da qualidade, como a facilitação prática e a construção de capacidade organizacional, impactam os serviços de atenção primária à saúde. Os resultados mostram que práticas que incorporam liderança e adaptabilidade são mais eficazes na implementação de melhorias na qualidade do cuidado. Além disso, a pesquisa indica que intervenções estruturadas podem aumentar a capacidade de melhoria da qualidade nas práticas de saúde (Schuttner *et al.*, 2021).

Embora tenham sido observados alguns resultados positivos entre um ciclo e outro do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), não devemos atribuir exclusivamente ao Programa o impacto desses resultados. Um estudo abrangente desse tipo requereria uma metodologia diferente e uma análise mais aprofundada. Além disso, é importante considerar o curto intervalo de tempo entre os dois ciclos do PMAQ-AB, o que dificulta a implementação de intervenções para lidar com os problemas identificados (Lima *et al.*, 2018).

É fundamental manter uma avaliação contínua e detalhada da Atenção Básica, a fim de acompanhar sua evolução ao longo do tempo e identificar as

áreas que necessitam de maior investimento. Nesse sentido, a continuidade do PMAQ-AB e a coerência em seus instrumentos ao longo dos ciclos seriam essenciais para esse processo de comparação, tornando-se assim uma ferramenta crucial na busca pela garantia da qualidade e da eficácia crescente da APS. Esse é um objetivo central para um sistema de saúde universal, equitativo e abrangente (Lima *et al.*, 2018).

Dos 08 artigos selecionados nesta revisão, apenas o estudo de Wachs (2022) abordou o serviço de atenção primária à saúde brasileiro. Ao investigar as ações realizadas pelas equipes de saúde, o estudo de Wachs (2022) ajudou a identificar lacunas e necessidades específicas de ações de saúde desenvolvidas pelas as equipes de atenção primária e sua inserção no programa saúde da escola, o que pode orientar futuras intervenções e melhorias. A melhoria da qualidade nos serviços de atenção primária é crucial para a saúde pública, e estudos como o do Wachs *et al.* (2022) são fundamentais para entender e aprimorar essas práticas.

As estratégias de melhoria da qualidade demonstraram um impacto positivo nas práticas de atenção primária à saúde, tanto no que diz respeito a comunicação eficaz e o fortalecimento de relacionamentos, como no aumento da confiança e habilidades dos profissionais. Os estudos destacaram a importância de se avaliar o contexto e a cultura organizacional no impacto causado pelas estratégias de melhoria de qualidade. Cabe destacar que a construção de capacidade de melhoria da qualidade é essencial para a eficácia dos serviços de saúde. Além disso, é importante ressaltar que lições aprendidas podem ser transferíveis para outros contextos de cuidados primários.

A estratégia de busca de publicações adotada contribuiu para aumentar a sensibilidade da revisão e traçar um panorama específico sobre a revisão da melhoria da qualidade nos serviços de atenção primária nos anos recentes.

Considerações finais

Mesmo que apenas um artigo tenha sido localizado na atenção primária à saúde brasileira, foi possível identificar a importância de se utilizar

a melhoria de qualidade como estratégia na assistência prestada e o impacto na saúde da população. Dessa forma, os autores sugerem que esforços devem ser empreendidos no sentido de que se tenham mais pesquisas acerca de melhoria de qualidade nos serviços de atenção primária brasileira. Esse esforço é essencial para preencher a lacuna existente na literatura brasileira acerca do uso da melhoria da qualidade na organização do processo de trabalho das equipes da atenção primária.

Referências

AGARWAL, S. *et al.* Decision-support tools via mobile devices to improve quality of care in primary healthcare settings. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 7, 27 jul. 2021.

BATALDEN, P. B.; DAVIDOFF, F. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? **Quality and Safety in Health Care**, v. 16, n. 1, p. 2-3, 1 fev. 2007.

BENEFIELD, L. E. Implementing Evidence-Based Practice in Home Care: **Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional**, v. 21, n. 12, p. 804-809, dez. 2003.

CAMPOS, C. E. A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 5, n. supl. 1, p. s63-s69, dez. 2005.

CASSIE, H. *et al.* An evaluation of the implementation of quality improvement (QI) in primary care dentistry: a multi-method approach. **BMJ Open Quality**, v. 10, n. 2, p. e000839, abr. 2021.

CULLEN, J. *et al.* Developing a model for primary care quality improvement success: a comparative case study in rural, urban and Kaupapa Māori organisations. **Journal of Primary Health Care**, v. 15, n. 4, p. 333-342, 14 ago. 2023.

HARTZ, Z. M. DE A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

LIMA, J. G. *et al.* Atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde: resultados nacionais do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 52-66, set. 2018.

MANANDI, D. *et al.* The evaluation of the Plan–Do–Study–Act cycles for a healthcare quality improvement intervention in primary care. **Australian Journal of Primary Health**, 2023.

MATOS, M. A. B. DE. **Ciclos de Melhorias na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2022.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. D. 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, dez. 2008.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **BMJ**, n. 71, 29 mar. 2021.

PRIEST, H. M. Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization. **Nurse Researcher**, v. 13, n. 4, p. 91-93, 2006.

RAMOS, M. *et al.* Melhoria contínua da qualidade: uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipes de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 16, n. 43, p. 2736, 26 set. 2021.

RUSSO, L. X. *et al.* Pay for performance in primary care: the contribution of the Programme for Improving Access and Quality of Primary Care (PMAQ) on avoidable hospitalisations in Brazil, 2009–2018. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 7, p. e005429, jul. 2021.

SAXENA, A. *et al.* Trends in quality of primary care in the United States, 2007–2016. **Scientific Reports**, v. 12, n. 1, p. 1982, 7 fev. 2022.

SCHUTTNER, L. *et al.* The role of organizational learning and resilience for change in building quality improvement capacity in primary care. **Health Care Management Review**, v. 46, n. 2, p. E1-E7, abr. 2021.

WACHS, L. S. *et al.* Avaliação da implementação do Programa Saúde na Escola do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: 2012, 2014 e 2018. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 6, p. e00231021, 2022.

WALJI, S.; CARROLL, J. C.; HABER, C. Experiences of patients with a disability in receiving primary health care: Using experience-based design for quality improvement. **Canadian Family Physician**, v. 67, n. 7, p. 517-524, jul. 2021.

CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ACERCA DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Beatriz Arcanjo de Almeida
Mirella Giongo
Danielle Amaral de Freitas
Katerine Moraes dos Santos

RESUMO

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: identificar na literatura científica os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde acerca da violência doméstica contra a mulher. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo revisão integrativa da literatura. Foi estabelecida a seguinte chave de busca através do mapa conceitual: “health Personnel[MeSH] OR health Personnel[tiab]) AND (Domestic violence [MeSH]OR Domestic Violence[tiab]) AND (Health Knowledge,Attitudes [MeSH] OR Health Knowledge,Attitudes [tiab])AND (Primary Health Care[MeSH] OR Primary Health Care [tiab])”. aplicada na base de dados Pubmed e a mesma chave em português na BVS. Foram incluídos artigos relacionados ao objeto de pesquisa, nos idiomas de português e inglês e espanhol, indexados nos referidos bancos de dados. Os critérios de exclusão para a amostra foram: artigos de revisão, dissertações, teses e pesquisas que não abordavam a mulher como vítima da violência. **RESULTADOS:** As buscas nas bases de dados resgataram um total de 29 artigos, dos quais 12 foram incluídos na amostra. Observou-se uma predominância de estudos onde as mulheres não verbalizam a violência perpetrada. Observou-se com os principais achados da pesquisa, que os profissionais expressaram preocupações principalmente relacionadas à segurança pessoal.

PALAVRAS-CHAVE: pessoal da saúde; violência doméstica; conhecimentos, atitudes e práticas; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION/OBJECTIVE: To verify the scientific evidence revealed by research identifying the knowledge, attitudes and practices of health professionals working in primary care regarding domestic violence against women. **METHODOLOGY:** This is a descriptive study of the integrative literature review type. The following search key was established through the concept map: “health Personnel [MeSH] OR health Personnel [tiab]) AND (Domestic violence [MeSH] OR Domestic Violence [tiab]) AND (Health Knowledge, Attitudes [MeSH] OR Health Knowledge, Attitudes [tiab]) AND (Primary Health Care [MeSH] OR Primary Health Care [tiab])”. applied in the Pubmed database and the same key in Portuguese in the VHL. Articles related to the research object, in Portuguese, English and Spanish, indexed in the aforementioned databases were included. The exclusion criteria for the sample were: review articles, dissertations, theses and research that did not address women as victims of violence. **RESULTS:** The searches in the databases retrieved a total of 29 articles, of which 12 were included in the sample. The predominance of women who did not verbalize the violence perpetrated was identified. The main findings of the research showed that the professionals’ concern is related to personal safety.

KEYWORDS: health personnel; domestic violence; knowledge, attitudes and practices; Primary Health Care.

Introdução

A violência pode ser considerada como o uso da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento

ou privação (OMS, 2002). A violência doméstica é frequentemente associada à violência perpetrada pelo homem contra a mulher, porém o termo “doméstico” se refere às interações familiares, incluindo todos os membros desse grupo (crianças, jovens, homens, mulheres). Essa definição é comum na América do Norte, no Brasil a violência doméstica também abrange casos envolvendo crianças e adolescentes (Bhona; Lourenço; Brum, 2011).

A Atenção Primária em Saúde (APS) que é ofertada no maior grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida da população, deve ser a principal porta de entrada e núcleo de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2017a). Neste sentido, os profissionais que atuam na APS, apesar de reconhecerem a violência doméstica como um problema significativo, frequentemente se sentem mal equipados para detectar e intervir nesses casos devido a barreiras como sobrecarga de trabalho e falta de capacitação específica, indicando a necessidade de maior apoio e conscientização organizacional (Castillo *et al.*, 2002).

A falta de recursos adequados e de apoio institucional também contribuem para a dificuldade em lidar com casos de violência doméstica de maneira assertiva (Komissarova *et al.*, 2021). Essas barreiras estruturais e organizacionais, como medo de represálias de agressores e preocupações com a detecção, contribuem para a subnotificação de casos de violência doméstica, enfatizando a importância do envolvimento profissional e abordando questões sistêmicas (Belén *et al.*, 2010).

Para o manejo adequado e uma detecção precoce da violência doméstica dentro da APS é essencial adotar uma abordagem interdisciplinar e multiprofissional, que conte com a participação não só de médicos, mas também enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos (Ali; McGarry, 2020). A capacitação regular dos profissionais de saúde na identificação de sinais de violência doméstica e em um acolhimento adequado pode aumentar a confiança das vítimas em buscar ajuda e denunciar casos de violência (Fusquine *et al.*, 2021).

É de suma importância compreender as percepções e os níveis de conhecimento dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica para

a elaboração de estratégias abrangentes na abordagem eficaz desse problema prevalente (Zorjan *et al.*, 2017).

O objetivo do estudo é identificar na literatura científica os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais que atuam na atenção primária à saúde acerca da violência doméstica contra a mulher.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica. A revisão integrativa surge como uma metodologia que permite a síntese de informações e a aplicação de resultados de pesquisas significativas na prática (Silveira, 2005).

As etapas da revisão integrativa são: 1) seleção da pergunta de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção de amostras; 3) representação dos estudos selecionados através de fichamentos, considerados pontos principais e características comuns entre eles; 4) análise crítica dos achados, identificando diferenças e conflitos; 5) interpretação dos resultados e 6) reportar, de forma clara, a evidência encontrada através da síntese (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Assim, na primeira etapa foi identificada a pergunta de pesquisa que se configura em quais são os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde acerca da violência doméstica contra a mulher?

Na segunda etapa foram estabelecidos como critérios de inclusão dos artigos: a) estar disponível na íntegra e com livre acesso; b) investigar os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde acerca da violência doméstica contra a mulher. Já os critérios de exclusão foram: a) não responder à questão de pesquisa da presente revisão.

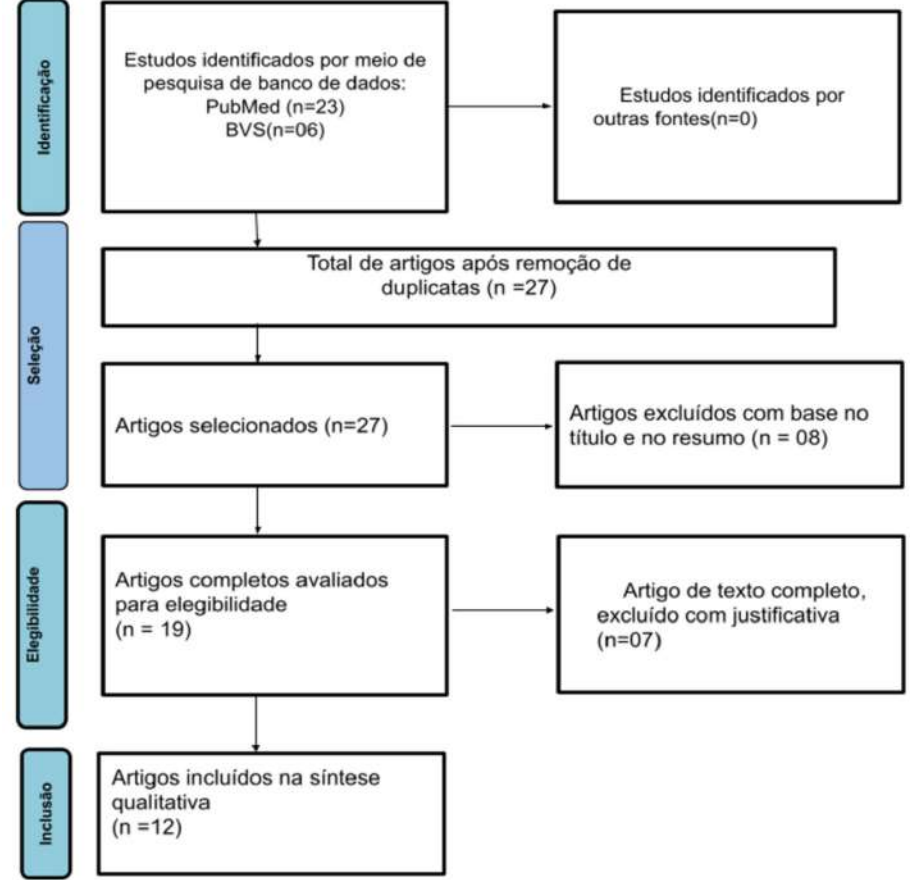
A questão norteadora foi formulada de acordo com o acrônimo PiCo: população (pessoal de saúde); fenômeno de interesse (violência doméstica contra a mulher/ Conhecimentos, atitudes e práticas) e contexto (unidades de atenção primária à saúde).

Foram selecionados os descritores em ciência da saúde (DeCs) e Medical Subject Headings (MeSH) estabelecendo a seguinte chave de busca para o levantamento dos artigos: “health Personnel [MeSH] OR health Personnel[tiab]) AND (Domestic violence [MeSH]OR Domestic Violence[tiab]) AND (Health

Knowledge, Attitudes [MeSH] OR Health Knowledge, Attitudes [tiab]) AND (Primary Health Care[MeSH] OR Primary Health Care [tiab])”. Foram realizadas as buscas em setembro de 2024 nas bases de dados disponíveis nas bibliotecas: National Library of Medicine (Medline) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Foram recuperados 29 estudos, após a retirada das duplicidades e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão resultaram em 12 artigos selecionados para a síntese qualitativa (Figura 1). Em seguida, foi realizada uma análise detalhada para a descrição dos estudos escolhidos. As pesquisas foram comparadas e organizadas com base em semelhanças e na importância do conteúdo para a pesquisa.

Figura 1. Fluxograma Prisma de Identificação, seleção e inclusão das publicações na amostra da revisão integrativa



Fonte: Elaborada pelos autores.

Resultados

Apesar da alta prevalência da violência doméstica contra a mulher, ainda são poucos os estudos que abordam os conhecimentos, atitudes e práticas dos profissionais da atenção primária à saúde acerca do tema, o que reflete uma lacuna no conhecimento.

Dos artigos analisados 50% corroboram que a falta de treinamento dos profissionais impacta no atendimento adequado às mulheres vítimas de violência.

Os doze artigos incluídos nesta revisão foram publicados entre os anos de 1995 e 2021, demonstrando que a violência doméstica vivida pelas mulheres tem uma relevância histórica na sociedade. Quanto à origem, são de diversas partes do mundo, comprovando a globalização da temática. As características dos estudos podem ser observadas no Quadro 1:

Quadro 1.

ID	Título	Local	Autor/Ano	Tipo de Estudo	Achados Principais
E1	“Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey”	Turquia	Taskiran, Ozsahin e Edirne (2019)	Estudo Transversal	Os profissionais relatam como barreiras questões de segurança e falta de conhecimento. As crenças tradicionais impedem o atendimento eficaz das vítimas de violência doméstica.
E2	“Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012”	Madri	Arredondo-Provecho et al. (2012)	Estudo descritivo transversal	Barreiras organizacionais identificadas impedem a detecção e a intervenção. Necessidade de abordagem multidisciplinar para lidar com a violência praticada pelo parceiro. Recomendações para melhorar o treinamento e os protocolos coordenados.

E3	“Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica”	Catalunha e Costa Rica	Loría et al. (2013)	Estudo Exploratório transversal	A maioria dos participantes era de Medicina, Enfermagem e Serviço Social. A Catalunha teve 52,1% sem experiência na abordagem de violência de gênero. A Costa Rica tinha 63% com experiência em violência de gênero. Ambos os contextos mostraram atitudes favoráveis em relação às mulheres que vivenciam a violência de gênero.
E4	“Primary Health Care Physicians’ Response to the Victims of Spousal Violence Against Women in Pakistan”	Paquistão	Zakar, Zakar e Kraemer (2011)	Estudo Qualitativo	Os médicos carecem de treinamento e recursos para um atendimento integral. As barreiras incluem restrições de tempo, falta de conhecimento e estereótipos. O rastreamento da violência conjugal é frequentemente evitado pelos médicos.
E5	“Primary Care Providers with More Experience and Stronger Self-Efficacy Beliefs Regarding Women Veterans Screen More Frequently for Interpersonal Violence”	EUA	Meredith et al. (2017)	Estudo Transversal	Profissionais de saúde femininos designados examinam com mais frequência. São necessárias iniciativas para aprimorar as experiências e a autoeficácia dos profissionais.
E6	“Domestic Violence: What Do Nurse Practitioners Think?”	Nova York	Bryant e Spencer (2002)	Aleatória estratificada	O estudo teve uma baixa taxa de resposta de 39%. Os participantes eram predominantemente mulheres e brancos. Não foram encontradas diferenças significativas nos comportamentos de notificação entre as especialidades.
E7	“Women enjoy punishment’: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa”	África do Sul	Kim e Motsei (2002)	Estudo quali-quantitativo	A violência de gênero é predominante na África do Sul. Enfermeiros da atenção primária à saúde vivenciam violência semelhante à dos clientes. Os modelos de treinamento precisam abordar as experiências pessoais dos enfermeiros.
E8	“Physicians’ Knowledge of and Attitudes Toward a Domestic Violence Mandatory Reporting Law”	Colorado	Feldhaus et al. (1995)	Estudo Transversal	Médicos de emergência relatam lesões por violência doméstica mais do que médicos de atenção primária. A compreensão dos médicos sobre a lei de notificação é inadequada.

E9	“Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms’: Health Care Providers’ Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence”	Canadá	Williston e Lafreniere (2014)	Estudo qualitativo	Os participantes definiram o abuso de forma ampla, incluindo vários fatores. Os profissionais se sentiram inseguros sobre como lidar com problemas relacionados à investigação de violência entre parceiros íntimos. O treinamento é necessário para melhorar o conforto e a competência dos profissionais de saúde.
E10	Strategic Footholds for Medical Education about Domestic Violence	EUA	Baker (1995)	Estudo qualitativo	O estudo descreve as iniciativas de educação bem-sucedidas sobre violência doméstica contra mulheres, que foram implementadas para residentes em medicina de família e para estudantes de medicina.
E11	“Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal”	Brasil	Carneiro et al. (2021)	Estudo qualitativo	O estudo destaca a necessidade de treinamento profissional contínuo em questões de violência. A falta de cuidado leva à vulnerabilidade das mulheres e à deterioração da saúde. A assistência qualificada impacta positivamente no empoderamento das mulheres contra a violência doméstica.
E12	“Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria”	Espanha	Sánchez, Fernández e Díaz (2016)	Estudo descritivo transversal	As enfermeiras mostraram um nível médio de conhecimento (62,2% de acertos). A principal barreira identificada foi a falta de treinamento. 67,5% se sentiram pouco capacitados para ajudar as vítimas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

O principal desafio apontado pelos estudos está na sensibilização, formação e capacitação dos profissionais, enfatizando a necessidade de treinamento para melhor equipar os profissionais de saúde na identificação e abordagem das mulheres vítimas de violência. Segundo Doolabh, Fisher e O'Donnell (2022), os profissionais de saúde costumam ser o primeiro ponto de contato para mulheres que sofrem de violência, destacando a necessidade de treinamento para reconhecer e lidar com todas as formas de abuso.

No estudo de Williston e Lafreniere (2014), profissionais de saúde também expressaram preocupações com a falta de treinamento adequado para

lidar com casos de violência doméstica, o que pode impactar negativamente na assistência prestada às vítimas.

Um estudo realizado com 114 enfermeiros, profissionais da atenção primária à saúde, revelou que 67,5% se sentiram insuficientemente capacitados para ajudar as vítimas. A taxa de detecção de casos foi baixa em 29% (Sánchez; Fernández; Díaz, 2016). Segundo Loria *et al.* (2015), um número significativo de médicos não perguntava rotineiramente sobre violência doméstica ao examinar pacientes feridas, demonstrando falta de confiança em abordar essa temática em comparação com outros comportamentos relacionados à saúde, como consumo de álcool ou tabagismo. Esta dificuldade pode resultar de inúmeros fatores, incluindo o medo de ofender o paciente, a falta de conhecimento de como abordar o problema ou a incerteza sobre os recursos apropriados disponíveis para encaminhamento das vítimas. Esta falta de comunicação não só dificulta a identificação das pessoas em risco, mas também pode perpetuar um ciclo de violência.

Muitos profissionais de saúde nunca identificaram uma mulher vítima de violência doméstica, indicando possíveis lacunas no reconhecimento de casos de violência doméstica (Sánchez; Fernández; Díaz, 2016).

Para Carneiro *et al.* (2021) a assistência qualificada impacta diretamente na vida das mulheres que sofrem violência doméstica, seja positiva ou negativamente, uma vez que o não cuidado pode agravar a saúde da mulher e resultar, inclusive, em seu óbito, enquanto a assistência acolhedora e o empoderamento feminino contribuem para o enfrentamento da violência doméstica.

Segundo Bryant e Spencer (2002), a curta duração dos atendimentos compromete a capacidade de monitorar de maneira eficaz a violência doméstica. Isso destaca a necessidade urgente de mudanças sistêmicas que garantam que os profissionais de saúde tenham o tempo e os recursos necessários para abordar essas questões críticas de forma abrangente.

Feldhaus *et al.* (1995) afirmam que médicos de emergência relatam lesões por violência doméstica mais do que médicos de atenção primária, e que médicas do sexo feminino percebem maior risco de retaliação para os

pacientes, assim como Meredith *et al.* (2017) apontam que profissionais de saúde do sexo feminino examinam as mulheres com mais frequência, concluindo que as mulheres estão mais sensibilizadas.

O estudo de Baker (1995) descreve em detalhes as iniciativas educacionais bem-sucedidas sobre violência doméstica, sendo abordada na residência de medicina, salientando a importância da temática fazer parte do currículo dos profissionais da saúde. Essa integração não apenas aprimora a base de conhecimento dos profissionais de saúde, mas também promove uma cultura de empatia e compreensão, que é crucial para lidar com as complexidades que envolvem a violência doméstica.

Grande parte dos artigos citam barreiras, como as linguísticas, que impedem uma comunicação eficaz, as organizacionais que impedem a detecção e a resposta eficaz, as culturais que restringem a interação das vítimas com médicos do sexo masculino, além de dificuldades para procurar assistência médica e desconforto ao lidar com os problemas de saúde mental das mulheres (Taskiran; Ozsahin; Edirne, 2019; Arredondo-Provecho *et al.*, 2012; Zakar; Zakar; Kraemer, 2011).

Alguns profissionais atribuíram a violência doméstica à personalidade da pessoa abusada, expressaram a falta de estratégias para ajudar as vítimas e se preocuparam com a segurança pessoal ao discutir a violência doméstica (Krishnan *et al.*, 2012). Isto realça a necessidade crítica de uma educação direcionada que aborde estes equívocos e equipe os profissionais com as ferramentas para prestar cuidados e apoio eficazes.

Os profissionais expressaram preocupações sobre a segurança pessoal ao lidar com casos de violência doméstica, indicando uma necessidade potencial de treinamento e suporte adicionais para abordar essas questões de forma eficaz em ambientes de saúde (Kim; Motsei, 2002).

Apenas uma pequena porcentagem de profissionais se sentiu adequadamente capacitada para manejar casos de violência doméstica contra a mulher, e a maioria não havia participado de treinamento sobre violência doméstica, indicando a necessidade de capacitação e apoio adequado nessa área (Sánchez; Fernández; Díaz, 2016).

A síntese dos artigos científicos analisados nesta revisão integrativa pode subsidiar a prática de gestores e profissionais de saúde no enfrentamento da violência doméstica contra a mulher, pois dados epidemiológicos válidos e confiáveis aliados às evidências científicas disponíveis na literatura representam ferramentas fundamentais da vigilância em saúde.

A violência doméstica é uma questão complexa que os profissionais de saúde muitas vezes lutam para resolver de forma eficaz devido a vários problemas recorrentes, como falta de tempo para investigação, falta de familiaridade com protocolos e treinamento insuficiente.

Considerações finais

Os profissionais da área enfrentam barreiras como alta pressão de carga de trabalho, falta de treinamento específico e coordenação inadequada com outros profissionais, dificultando a detecção e intervenção em casos de violência. Os estudos indicam que, apesar dos esforços para melhorar, persistem lacunas no conhecimento e nas práticas, destacando a necessidade de treinamento direcionado, redução da pressão da carga de trabalho e melhor coordenação entre os profissionais. Compreender as percepções e os níveis de conhecimento dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica é crucial para o desenvolvimento de estratégias abrangentes para abordar esse problema prevalente de forma eficaz.

Referências

ARREDONDO-PROVECHO, A. B. *et al.* Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2012. **Rev. Esp. Salud Pública**, v. 86, n. 1, p. 85-99, feb. 2012.

ALI, P.; MCGARRY, J. Introduction to domestic violence and abuse within healthcare contexts. In: ALI, P.; MCGARRY, J. (orgs.). **Domestic violence in health contexts: A guide for healthcare professions**. South Yorkshire/Nottingham: Springer, 2020. p. 1-15.

BAKER, N. J. Strategic footholds for medical education about domestic violence. **Acad Med.**, v. 70, n. 11, p. 982-8, 1995.

BELÉN, A. *et al.* Profesionales de atención primaria de Madrid y violencia de pareja hacia la mujer en el año 2010. **Revista Española de Salud Pública**, v. 86, n. 21, p. 85-99, 2010.

BHONA, F. M. C.; LOURENÇO, L. M.; BRUM, C. R. S. Violência doméstica: um estudo bibliométrico. *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 63, n. 1, p. 87-100, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000100010&lng=pt>. Acesso em: 28 maio 2024.

BRYANT, S. A.; SPENCER, G. A. Domestic violence: what do nurse practitioners think? *J Am Acad Nurse Pract.*, v. 14, n. 9, p. 421-7, 2002.

CARNEIRO, J. B. *et al.* Revelando desfechos do cuidado com a mulher em situação de violência conjugal. *Acta Paul Enferm.*, v. 34, eAPE001555, 2021.

CASTILLO, R. S. *et al.* Siendones *et al.* Violencia doméstica y profesionales sanitarios: conocimientos, opiniones y barreras para la infradetección. *emergencias*, v. 14, p. 224-232, 2002.

FELDHaus, K. M. *et al.* Physician's knowledge of and attitudes toward a domestic violence mandatory reporting law. *Ann Emerg Med.*, v. 41, n. 1, 2003.

FUSQUINE, R. S.; DE SOUZA, Y. A.; CHAGAS, A. C. F. Conhecimentos e condutas dos profissionais de saúde sobre a violência contra a mulher. *Revista Psicologia e Saúde*, p. 113-124, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.20435/PSSA.V13I1.10107>. Acesso em: 12 ago. 2024.

KIM, J.; MOTSEI, M. "Women enjoy punishment": attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science & Medicine*, v. 54, n. 8, p. 1243-1254, 2002.

KOMISSAROVA, E. G. *et al.* Problem of domestic violence: international scope and national perspectives on legislative resolution. *SHS Web of Conferences*. EDP Sciences, 2021. p. 03003. Disponível em: <https://doi.org/10.1051/SHSCONF/202110803003>. Acesso em: 12 ago. 2024.

KRISHNAN, S. *et al.* Minimizing risks and monitoring safety of an antenatal care intervention to mitigate domestic violence among young Indian women: *The Dil Mil trial*. *BMC Public Health*, v. n. 1, p. 12:943, 2012.

KARISHMA, D.; FISHER, C.; O'DONNELL, M. Understanding the dynamics of support seeking in women with lived experience of non-physical intimate partner violence (IPV) and the service responses—A qualitative study. *Australian Journal of Social Issues*. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajs4.227>. Acesso em: 12 ago. 2024.

LORÍA, K. R. *et al.* Actitud hacia la violencia de género de los profesionales de Atención Primaria: estudio comparativo entre Cataluña y Costa Rica. *Atención Primaria*, v. 47, n. 8, 2013.

MEREDITH, L. S. *et al.* Primary Care Providers with More Experience and Stronger Self-Efficacy Beliefs Regarding Women Veterans Screen More Frequently for Interpersonal Violence. *Women's Health Issues*: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health, v. 27, n. 5, p. 586-591, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.06.003>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra: OMS, 2002. 357 p.

SILVEIRA, R. C. DE C. P.; GALVÃO, C. M. O cuidado de enfermagem e o cateter de Hickman: a busca de evidências. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 276-284, jul. 2005.

STUDSRØD, I. *et al.* “It’s very complex”: Professionals’ work with domestic violence (DV). **Report n. 123**, University of Stavanger, November 2022.

TASKIRAN, A. C.; OZSAHIN, A.; EDIRNE, T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. **Primary Health Care Research & Development**, v. 20, e96, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S1463423619000288>. Acesso em: 12 ago. 2024.

VALDÉS, S. C. A.; GARCÍA, F. C.; SIERRA, D. Á. Violencia de género: conocimientos y actitudes de las enfermeras en atención primaria. **Atención Primaria**, v. 48, n. 10, p. 623–631, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.003>. Acesso em: 12 ago. 2024.

WILLISTON, C. J.; LAFRENIERE, K. D. “Holy cow, does that ever open up a can of worms”: health care providers’ experiences of inquiring about intimate partner violence. **Health Care for Women International**, v. 34, n. 9, p. 814–831, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2013.794460>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ZAKAR, R.; ZAKAR, M. Z.; KRAEMER, A. Primary health care physicians’ response to the victims of spousal violence against women in Pakistan. **Health Care for Women International**, v. 32, n. 9, p. 811–832, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/07399332.2011.569042>. Acesso em: 12 ago. 2024.

ZORJAN, S.; SMRKE, U.; ŠPRAH, L. The role of attitudes to, and the frequency of, domestic violence encounters in the healthcare professionals’ handling of domestic violence cases. **Slovenian Journal of Public Health**, v. 56, n. 3, p. 166–171, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/SJPH-2017-00228>. Acesso em: 12 ago. 2024.

TRAJETO HISTÓRICO DAS FAVELAS CARIOCAS NO SÉCULO XX SOB A ÓTICA DAS POLÍTICAS DE HABITAÇÃO: UMA REVISÃO NARRATIVA

Guilherme Vieira de Araujo
Lima Tatiana Rodrigues de Araujo
Eleuterio Eduardo
Alexander Júlio César Fonseca Lucas

RESUMO

INTRODUÇÃO: O acesso à moradia adequada é um direito humano fundamental e garantido pela Constituição Brasileira de 1988. Contudo, o déficit habitacional do país reflete as desigualdades históricas e injustiças ambientais, evidenciando a necessidade de melhoria das políticas públicas.

OBJETIVO: Este artigo objetiva, por revisão narrativa, conhecer e discutir sobre a formação das favelas no Rio de Janeiro ao longo do século XX, com ênfase nas políticas de habitação. **METODOLOGIA:** A partir da busca pelos termos “história” e “favela” nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e EBSCOhost, identificaram-se 28 publicações, sendo selecionados dois artigos e um livro. Os estudos levaram a outras literaturas frequentemente citadas, incluindo livros. Dessa maneira, foi possível remontar o processo histórico de formação das favelas, baseando-se mais significativamente em fontes de instituições e meios de comunicação de massa, também passando por outras fontes como estudos acadêmicos ao longo do século XX. **RESULTADOS:** O trajeto histórico apresenta expressão de múltiplos atores sobre processos sociais, econômicos e políticos. As favelas surgem como solução às crises habitacionais em meio às desigualdades sociais, frente ao sistema capitalista pós-escravagista. No entanto, esse complexo fenômeno urbano apresenta em sua história aspectos de colonialidade, com

projetos desenvolvimentistas, higienistas e racistas, frequentemente utilizando de ideologias opressivas, como a política de remoção, com projeto de manutenção da elite carioca. **CONCLUSÃO:** Esse tratamento das favelas pelo Estado, margeando a ilegalidade, serve de justificativa para a falta de políticas públicas. Em contrapartida, as favelas apresentam-se como espaço de grandes lutas sociais, com formação de grupos em defesa de moradores, além de um crescente desenvolvimento de estudos acadêmicos.

PALAVRAS-CHAVE: história, favela, moradia, política pública, Rio de Janeiro.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Access to adequate housing is a fundamental human right, guaranteed in the Brazilian Constitution of 1988. However, the country's housing deficit reflects historical inequalities and environmental injustices, highlighting the need for improved public policies. **OBJECTIVE:** This article aims to understand and discuss the formation of favelas in Rio de Janeiro throughout the 20th century, with an emphasis on housing policies, through a narrative review. **METHODOLOGY:** A search on terms “historia” and “favela” on the Scientific Electronic Library Online (SciELO) and EBSCOhost platforms yielded 28 publications, from which two articles and one book were selected. These studies led to other frequently cited literature on the theme, including different books. In this way, it was possible to retrace the historical process of the formation of favelas, relying more significantly on sources from institutions and mass media, as well as other sources such as academic studies throughout the 20th century. **RESULTS:** This historical trajectory reveals contributions from diverse social, economic, and political actors. Favelas emerged as a solution to housing crises amid social inequalities, in the face of a post-slavery capitalist system. This complex urban phenomenon presents aspects of coloniality in its history, with developmentalist, hygienist and racist projects, often justified by repressive ideologies, such as removal policies, maintaining elite's status. **CONCLUSION:** The state's marginalization of favelas, bordering illegality, justifies the lack of policies. Nevertheless, favelas

present as spaces of social struggle against injustice, with the formation of resident advocacy groups, and an increase in academic researches.

KEYWORDS: history, favela, housing, public policy, Rio de Janeiro.

Introdução

O panorama das condições habitacionais no Brasil representa um complexo problema social e econômico, mostrando-se um contínuo desafio para o desenvolvimento e gestão de políticas públicas (IPEA, 2016; Marguti, 2018). Segundo o IPEA (2016), são múltiplos os fatores relacionados com essa precariedade como “a insuficiente oferta de soluções habitacionais para a população de baixa renda, o elevado custo da terra urbanizada e o baixo poder aquisitivo das famílias” (IPEA, 2016, p. 98). De acordo com o relatório da Fundação João Pinheiro (FJP), o Brasil apresentou em 2022 um déficit habitacional de 6,2 milhões de residências, correspondendo a 8,3% do total de moradias ocupadas no país. Em termos absolutos, houve um aumento de 4,2% no indicador em relação a 2019. No estado do Rio de Janeiro, o déficit chega a 544.275 habitações, com 409.640 concentradas na região metropolitana (FJP, 2024).

A partir da Constituição de 1988, foi estabelecido como competência dos governos federal, estadual e municipal “promover programas de construção de moradias e a melhoria das condições habitacionais e de saneamento básico” (Brasil, 1988). Com a Emenda Constitucional nº 26/2000, a moradia passou a ser considerada um direito social. A formulação de políticas nacionais de habitação (PNH) seguiu com o Estatuto da Cidade em 2001 e a criação do Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social (SNHIS) em 2005, fruto da Proposta Legislativa de Iniciativa Popular (PL) nº 2.710/1992 (Brasil, 1988, 2001, 2005; IAB, 2010; Marguti, 2018).

O acesso à habitação adequada é um direito humano universal e fundamental (IPEA, 2016; Marguti, 2018), no entanto o cenário de injustiça e racismo ambiental remonta ao processo histórico de colonização, com a manutenção das elites e as desigualdades étnicas e raciais na distribuição de

poder e riqueza (González; Contesse, 2005; Porto; Pacheco; Leroy, 2013; The Southern Education Foundation, 1999). Tais iniquidades atravessam estrutural e subjetivamente a nação, de forma institucionalizada, reforçada pelo poder público, privado, judicial, legislativo, econômico e militar (Bullard, 1993; Fanon, 2022). Isso compõe uma ideologia opressiva (Ribeiro, 2019) que recai sobre as condições de moradia nas favelas no Rio de Janeiro (Campos, 2005; Chalhoub, 1992; Valladares, 1978; Valladares; Figueiredo, 1981).

As condições de moradia possuem relação com a qualidade de vida (OMS, 2018) e saúde, fazendo-se necessária a aplicação de políticas públicas direcionadas ao combate das desigualdades sociais (Dahlgren; Whitehead, 1991). No entanto, o investimento em melhoria habitacional atualmente não se mostra como prioridade política no mundo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a priorização de políticas públicas relacionadas à habitação consiste numa necessidade crítica para a saúde pública (OMS, 2018).

Levando em conta que, de acordo com Valladares e Medeiros (2003), somente 3% dos trabalhos acadêmicos sobre favelas são no campo disciplinar da história, algo que segue sem avanço significativo (Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024), esse estudo objetiva entender melhor o trajeto histórico das favelas ao longo do século XX, com foco na aplicação das PNH e observando aspectos sociais nesse processo. O objetivo é desenvolver uma compreensão sobre o trajeto das políticas de habitação e a formação das favelas na cidade do Rio de Janeiro.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa para contextualização histórica da formação das favelas na Cidade do Rio de Janeiro, de acordo com a manifestação das políticas de habitação, no século XX. A técnica de revisão narrativa constitui de uma avaliação ampla da literatura, sem depender de um rigor sobre a informação de critérios de pesquisa, seleção e avaliação dos trabalhos consultados. Tem o objetivo de se conhecer e discutir sobre o “estado da arte” dentro de um tema (Elias *et al.*, 2012; Vosgerau;

Romanowski, 2014). A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2024, tendo sido utilizados os termos “história” e “favela” nas plataformas Scientific Electronic Library Online (SciELO) e EBSCOhost, sendo encontradas 28 indexações, entre artigos e livros. Dessas, seis foram selecionadas pelo título e resumo, apresentando-se relevantes para o estudo dois artigos e um livro. Ao longo da leitura dos artigos, foram identificadas referências comuns a livros de autores frequentemente referenciados entre si, como: Licia Valladares, Leeds e Leeds, Victor Valla e Burgos, no livro organizado por Zaluar e Alvito (Burgos, 2006; Valla, 1985; Valladares, 1978, 2000, 2005; Valladares; Figueiredo, 1981). Conforme dirigiu-se à leitura das bibliografias citadas, foi notando-se a crescente repetição de referências no assunto sobre a história das moradias nas favelas do Rio de Janeiro, ao longo do século XX.

As primeiras favelas: um produto da desigualdade social

O termo “favela” teve origem no século XIX, proveniente do Morro da Favella, amplamente mencionado na imprensa e na arte (Fernandes; Costa, 2009; Zylberberg, 1992). Favela é o nome popular dado à planta *Cnidocolus quercifolius*, que não se sabe se cobria o Morro da Providência, ou apenas o Morro da Favella do Município de Monte Santo, Bahia, cenário chave na Guerra de Canudos, que provavelmente serviu de inspiração para o nome (Valladares, 2000; 2005). Soldados provenientes da guerra, com autorização de chefes militares, se instalaram no local do demolido cortiço Cabeça de Porco, com intuito de pressionar o Ministério da Guerra a pagar seus soldos devidos (Burgos, 2006; Chalhoub, 1992; Fernandes; Costa, 2009; Valladares, 2000).

Anteriormente, já existiam comunidades semelhantes, como as ocupações de Quinta do Caju, Mangueira (diferente da atual conhecida Mangueira) e a Serra Morena, predominantemente formadas por imigrantes portugueses, espanhóis e italianos (Valladares, 2000, 2005). Entre as décadas de 1850 e 1870, o Rio de Janeiro já demonstrava os cenários de crise habitacional, principalmente na área central, onde se concentrava grande

parte da plebe proletarizada que substituiu a mão de obra escravizada (Abreu, 2003; Benchimol, 1990).

Na segunda metade do século XIX, com as epidemias de cólera e febre amarela, a imprensa e órgãos públicos faziam associações entre cortiços e insalubridade (Benchimol, 1990). O Conselho de Saúde do Distrito Federal, em seu relatório, indicou a expropriação e destruição de cortiços, com construção de novas casas para a população pobre (Leeds; Leeds, 1978). Ainda que pouco tenha sido feito, esse discurso perdurou entre políticos, médicos-sanitaristas, jornalistas, engenheiros e urbanistas no início do século XX. A motivação hegemônica provinha do higienismo, que com aspecto elitista tratava a favela como uma patologia social, abordando-a como foco de insalubridade e risco ambiental, além de problema para estética e segurança públicas, e por ir contra os interesses sobre a valorização das áreas ocupadas (Abreu, 2003; Benchimol, 1990; Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024; Burgos, 2006; Chalhoub, 1992; Fernandes; Costa, 2009; Leeds; Leeds, 1978; Valladares, 2000).

O desenvolvimento das políticas de remoção e urbanização

Apoiado em relatórios e comissões prévias, o prefeito Pereira Passos, nomeado de 1902 até 1906, participou de uma das primeiras grandes intervenções urbanas no Rio de Janeiro. Com apoio da União, realizou remoções de cortiços em encostas próximas à região central do Rio de Janeiro e abertura de vias como Av. Rio Branco e Av. Beira Mar. Iniciou-se, por ação do estado, o controle urbanístico e de circulação, com deslocamento de uma camada social, que garantia sua subsistência estando na região central da cidade, para as periferias (Abreu, 2003; Benchimol, 1990; Chalhoub, 1992; Fernandes; Costa, 2009; Lima, 1989).

Em meio ao crescimento econômico e imigratório, o aumento de demanda por habitação (Fernandes; Costa, 2009) se contrapunha com a crescente regulação de construção na prefeitura de Passos, tanto em regiões centrais quanto subúrbios, onde antes se tinha liberdade de construir (Abreu, 2003).

Ao final da década de 1920, o urbanista francês Alfred Agache foi contratado pela prefeitura do Rio de Janeiro para elaboração do primeiro plano urbanístico da cidade. Sua visão mantinha o entendimento sobre as favelas como locais insalubres, mas as lia como cidades-satélites, necessárias para o funcionamento urbano (Valladares, 2005). No entanto, o pensamento comum entre urbanistas era o de remoção e substituição por vilas operárias ou prédios, seja por financiamento público, ou por negociações de empréstimos com juros baixos (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Valladares, 2000; 2005). Essa visão se oficializou com o Código de Obras de 1937 da prefeitura do distrito federal, que com um olhar higienista passou a objetivar a extinção de favelas e substituição por núcleos de habitação (Prefeitura do Distrito Federal, 1937; Valladares, 2000).

Modelo populista do Estado Novo, o início dos estudos sociológicos brasileiros e o surgimento das associações de moradores

Após a Revolução de 30, a assistência social aos pobres, que antes era oferecida exclusivamente pela igreja e meios privados, passou a ser papel do Estado, o que levou a prefeitura administrada pelo nomeado Pedro Ernesto (1931 a 1936), passar a empregar assistentes sociais para controle dos pobres e proteção social. Nesse período, foi possível ver o aparecimento de políticas populistas de assistência aos moradores das favelas, o que conferiria a imagem de “pai dos pobres” a Getúlio Vargas e de “médico dos pobres” a Pedro Ernesto (Valladares, 2000; 2005).

Em 1937, Henrique Dodsworth foi nomeado prefeito do Distrito Federal até o final do Estado Novo em 1945. Durante a década de 1940, foi mantida a política de remoção de favelas, como do Largo da Memória (parte da Praia do Pinto). No entanto, alinhado com a política de Vargas, foram construídos os primeiros Parques Proletários Provisórios (PPP), na Gávea, Caju e Leblon (Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989; Valla, 1985; Valladares, 1978; Valladares; Figueiredo, 1981). Os PPP carregavam o pensamento do bem estar social e nacionalismo econômico, junto com uma espécie de tutela autoritária.

O primeiro Parque Proletário, na Gávea, possuía casas de madeira com aspecto provisório, além de escola, creche, clínica médica e mercado. Há menção de que diariamente, às 21 horas, eram faladas ao microfone lições “morais” e às 22 horas os portões de acesso eram fechados (Leeds; Leeds, 1978; Valla, 1985).

Nesse mesmo período, notou-se o crescimento de estudos sociais sobre as favelas, representados no Primeiro Congresso Brasileira de Urbanismo, assim como o surgimento de publicações como o livro *Impressões de uma Assistente Social Sobre a Favela* (1942), da assistente social Maria Hortência do Nascimento, e o relatório do médico Victor Tavares de Moura, intitulado *Favelas do Distrito Federal* (1943) (Lima, 1989; Valladares, 2000). O contato próximo de Nascimento com a favela permitiu a realização de um trabalho com importante influência para políticas e estudos futuros, no entanto manteve a imagem negativa com clichês da pobreza, sem contrapor a visão da elite brasileira que associava pobreza à vadiagem, sujeira, preguiça e violência (Burgos, 2006; Valladares, 2000).

Em 1948, aconteceu o primeiro Censo das Favelas, realizado pelo Departamento de Geografia e Estatística da Prefeitura do Distrito Federal, computando 105 favelas, com 138.837 habitantes e 34.567 domicílios, correspondendo a uma média de 4,01 pessoas por habitação e 7% da população da capital (Giannella; Soares; Franco, 2024; Valladares, 1978, 2000). Entre as décadas de 1940 e 1950, cresceu o entendimento do forte poder político e eleitoral das favelas (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009). No cenário de redemocratização pós-Estado Novo, surgiram as primeiras comissões de moradores nos morros do Pavão e Pavãozinho, seguidos pelo Cantagalo e Babilônia (Fortuna; Fortuna, 1974; Lima, 1989).

A institucionalização da urbanização e o crescimento de estudos sociológicos

Com o fim dos programas sociais da era Vargas e a preocupação pós-guerra do avanço de grupos partidários do comunismo nas favelas, a Igreja Católica, subsidiada pelo estado, criou a Fundação Leão XIII em 1947, mesmo

ano que o Partido Comunista do Brasil (PCB) foi posto na ilegalidade (Brasil, 1947; Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Leeds; Leeds, 1978; Valla, 1985; Valladares, 1978, 1981). A finalidade da entidade era dar “assistência material e moral aos habitantes dos morros e favelas do Rio de Janeiro” (BRASIL, 1947, p. 1), perpetuando o pensamento do bem-estar social, com implantação de infraestrutura e serviços, aplicando políticas públicas, controlando seu crescimento e sendo a igreja uma das primeiras instituições a sugerir a urbanização das favelas (Brasil, 1947; Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Leeds; Leeds, 1978; Valla, 1985; Valladares, 1978; Valladares, Figueiredo, 1981).

Foram também criados outros órgãos com ações direcionadas às favelas, incluindo o Departamento de Habitação Popular (1946), a Cruzada São Sebastião (1955) e o Serviço Especial de Recuperação das Favelas e Habitações Anti-Higiênicas (SERFHA, 1956) (Brasil, 1947; Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Valla, 1985).

O SERFHA foi um órgão que objetivava coordenar múltiplos órgãos municipais, além de criar conjuntos habitacionais e escolas onde houvesse necessidade, mas seus recursos eram escassos. Até 1954, a Fundação Leão XIII se expandiu para 34 favelas, implantando serviços básicos como água, esgoto e luz, e serviços sociais (Burgos, 2006; Leeds; Leeds, 1978; Valla, 1985). Entre as décadas de 1950 e 1960 a fundação, também com um financiamento escasso, teve parte de suas atividades passadas para a responsabilidade dos SERFHA e Coordenação de Serviços Sociais (Leeds; Leeds, 1978). O SERFHA, antes de ser desfeito em 1962, se uniu à Coordenação de Serviços Sociais do Estado e, com orientação técnica, social e financeira, deu suporte para organização de associações em 75 favelas (Leeds; Leeds, 1978).

As favelas então foram incluídas no Censo de 1950 ao nível nacional, no entanto apenas 58 favelas foram computadas no Rio de Janeiro, com 169.305 habitantes. Isso provavelmente devido à mudança nos critérios de definição, já que não há registros de remoções de favelas nesse período (Giannella, Soares, Franco, 2024; Valladares, 2000). Em 1957, foi publicado o livro *Favelas do Distrito Federal* (1957) de José Alípio Goulart, pelo Ministério da Agricultura,

trazendo novas perspectivas, chamando a atenção para a heterogeneidade social existente na favela e o forte componente racial, temas pouco abordados na opinião pública (Valladares, 2000).

Conforme o urbanismo e assistência social se institucionalizaram e tornaram-se temas crescentes para o planejamento da cidade, passou-se a fomentar o desenvolvimento de órgãos privados objetivando a prestação de assistência técnica para o planejamento urbano. Como exemplos, surgiram a Fundação Getúlio Vargas (FGV, 1944), a Sociedade para Análise Gráfica e Mecanográfica Aplicada aos Complexos Sociais (SAGMACS, 1947), o Centro de Estudos e Pesquisas Urbanísticas, vinculado à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da USP (CEPEU, 1955) e o Centro de Pesquisas em Planejamento Urbano e Regional, dentro da Universidade do Recife (CEPUR, 1955) (Cestaro, 2023; Valladares, 2000).

Entre 1957 e 1959, a SAGMACS realizou um influente estudo sobre as favelas do Rio de Janeiro, encomendado pelo jornal Estado de São Paulo (Cestaro, 2023; Valla, 1985; Valladares, 2000; Viana, 2023), denominado “Aspectos Humanos da Favela Carioca”. A instituição, filiada à francesa Economia e Humanismo, foi fundada em 1947, e seu escritório no Rio mantinha conexão com a Fundação Leão XIII e Cruzada de São Sebastião (Cestaro, 2023; Valladares, 2000). Tratou-se do primeiro estudo considerado dentro dos preceitos de pesquisas em ciências sociais no campo. Foi abordada a situação de moradias nas favelas, apontando para a necessidade de atenção por governantes, administradores, legisladores, políticos e pesquisadores (Cestaro, 2023; Leeds; Leeds, 1978; Valladares, 2000). O estudo utilizou de metodologias qualitativas e quantitativas, incluindo análise sociodemográfica em dezesseis favelas, entrevistas aprofundadas em sete e estudo etnográfico em duas (Cestaro, 2023; Valladares, 2000). Nos resultados, notou-se a maior proporção de pessoas que se identificavam negras e pardas, além de crianças e jovens, quando comparado à população geral do Distrito Federal. Apontou-se ainda para menor proporção de pessoas que diziam saber ler e escrever, além da influência na rotina das crianças pelos adultos, que acabavam acordando de madrugada, repercutindo em cansaço nas aulas e evasão escolar. O estudo

tecia uma crítica sobre o desconhecimento e inatividade da administração municipal sobre as favelas e sua integração ao meio urbano. Propunha-se a necessidade de uma ajuda mútua entre os moradores, junto aos órgãos técnicos, para melhoria de habitações (Cestaro, 2023; Valladares, 2000).

O discurso político na década de 1950 seguia com o olhar para a erradicação das favelas, que pode ser representado pelo projeto do engenheiro Antonio Mollica, o qual classificava as comunidades como removíveis ou irremovíveis. De acordo com sua escrita, os moradores das favelas removíveis seriam transferidos para outros locais com fixação definitiva, acompanhados pela Fundação Leão XIII, Fundação Casa Popular e Institutos e das Caixas de Pecúlio e Aposentadoria. Para as favelas que não necessitassem de remoção, as propostas incluíam intervenções como: abertura de vias, obras de contenção de encostas e infraestrutura, iluminação pública, canalização de água e esgoto, além da construção de ambulatórios, creches, postos policiais, mercados e áreas de lazer (Mollica, 1954 *apud* Fernandes; Costa, 2009). Nesse processo, dois Conjuntos Habitacionais Provisórios (CHP) foram construídos, o de Manguinhos e o do Parque São José (Fernandes; Costa, 2009).

Governo Lacerda e a formação da FAFEG

Em 1960, ano em que Rio de Janeiro deixou de ser a capital federal, o jornalista Carlos Lacerda, protagonista do movimento antifavelas, foi eleito como primeiro governador do Estado da Guanabara (1960-1965), marcando um distanciamento para o diálogo que vinha se construindo entre as favelas e o estado. Em 1962, em meio a uma grande reforma administrativa, a prefeitura criou a Companhia de Habitação Popular (COHAB), responsável pela desapropriação de 27 favelas e transferência de 41.958 pessoas (Fernandes; Costa, 2009; Leeds; Leeds, 1978; Valladares, 1978) para conjuntos habitacionais construídos nas periferias do Rio de Janeiro (Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989).

Em meio às reformas, a Fundação Leão XIII deixou de ser um órgão vinculado à igreja, sendo incorporada ao Estado da Guanabara e se tornando

uma autarquia associada à Secretaria de Serviços Sociais (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009). Assim, a organização antes privada, religiosa, com ação em 34 favelas e que tinha como um de seus objetivos o combate ao comunismo, passou a ser o instrumento oficial de urbanização do governo e destino do financiamento recebido pela Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (United States Agency for International Development, USAID) (Leeds; Leeds, 1978), além de servir de vigilância da vida política nas favelas (Burgos, 2006).

Nesse mesmo ano, encerrou-se a SERFHA, redistribuindo suas funções e inaugurando a COHAB, possivelmente para concorrer com o Conselho Federal de Habitação criado por João Goulart na época. Ainda que haja relatos de que o estado nunca tenha destinado todo esse valor (Lima, 1989), a COHAB seria financiada por 3% das arrecadações estaduais, além de receber da USAID, pelo Acordo do Fundo do Trigo de 1962 a 1965 (Burgos, 2006; Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989). Este vinha de um valor de compra do trigo dos Estados Unidos, que tinha sua verba destinada à construção de um posto de saúde em Madureira e toda a urbanização da Vila da Penha implementados pela Fundação Leão XIII (Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989). Entre as maiores ações da COHAB, constam as melhorias na favela do Pasmado em 1964, e a construção da Cidade de Deus, Vilas Kennedy, Aliança e Esperança (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Fortuna; Fortuna, 1974).

As lideranças entre associações de moradores, em 1963, fundaram a Federação da Associação de Favelas do Estado da Guanabara (FAFEG) (Burgos, 2006; Fortuna; Fortuna, 1974). No I Congresso de Favelados, em 1964, discutiu-se principalmente sobre assuntos referentes à infraestrutura e serviços (Leeds; Leeds, 1978). No ano de 1966, em um cenário de enchentes no Rio de Janeiro, a federação realizou movimentos significativos contra as remoções (Lima, 1989). Com o passar dos anos, mantendo a posição contra as remoções e a favor da urbanização, somou-se ao discurso questões de classe e sociais, como exploração do proletariado e controle sobre as associações, além de ter sido apontada ageração de cinturões de pobreza com as remoções

(Burgos, 2006; Lima, 1989; Valladares, 1978). Com a mudança do cenário político após o golpe de 1964, a favela perdeu seu poder político-eleitoreiro de negociação (Valladares, 1978), e cresceu o poder repressivo do estado, o que vai culminou com o confronto policial no II Congresso de Favelados em 1968, além de prisão seguida de morte do presidente da federação (Burgos, 2006; Leeds; Leeds, 1978).

Regime militar e administração de Negrão Lima

O impacto político negativo das remoções de favelas nas camadas populares pelo governo de Lacerda, teve influência para vitória de Negrão Lima, que sucedeu o governo no período de 1965-70 com um discurso a favor da urbanização das favelas (Gonçalves, 2013; Leeds; Leeds, 1978). Apesar disso, seu governo acabou tomando atitudes de remoção junto ao governo federal e realizou ações de controle sobre as associações de moradores (Burgos, 2006; Fernandes, Costa, 2009; Lima, 1989). A partir de 1966, com as enchentes no Rio de Janeiro, fortaleceu-se a vertente da opinião pública sobre a remoção dos favelados (Lima, 1989), ainda que instituições como a FAFEG pronunciassem exatamente o contrário (Valladares, 1978).

Durante a gestão de Negrão Lima, foi autorizada a formação da Companhia de Desenvolvimento de Comunidades (CODESCO), um pequeno grupo formado por sociólogos, arquitetos, planejadores e economistas, com o intuito de urbanização das comunidades. Seu plano foi aplicado apenas em Brás de Pina e Morro União (Burgos, 2006; Gonçalves, 2013), sendo considerado de sucesso e podendo se mostrar mais econômico que as remoções (Valladares, 1978).

Com o movimento militar de 1964, a política habitacional e urbana se tornou cada vez menos institucionalista e mais monetarista (Leeds; Leeds, 1978), com as remoções de favelas apresentando motivos como especulação imobiliária e desenvolvimento da construção civil (Valladares, 1978). Somado a isso, com o surgimento de um cenário político ditatorial, a favela perdeu seu poder político-eleitoreiro de negociação (Valladares, 1978).

Em 1967, o estado baixou o decreto nº 870, que reconhecia as associações de moradores, as quais se encontravam em expansão, mas submetendo-as ao controle da Secretaria de Serviços Sociais (Burgos, 2006). Em 1969, revogou-se esse decreto com um novo de nº 3330, passando a reconhecer a existência de apenas uma associação por comunidade, desde que representando os interesses comunitários perante o estado. As associações de moradores, que originalmente deveriam representar os moradores, passaram então a reproduzir o poder público nas favelas, mantendo cadastro de moradores, autorizando ou não reformas e consertos, fiscalizando contra novas construções, e mantendo prestação de contas à Secretaria de Serviços Sociais (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Fortuna; Fortuna, 1974). Na prática, cerca de 30 associações fizeram adaptações em seus estatutos e somente três efetivamente se registraram na Secretaria de Serviços Sociais. Isso não impedia de todas as 108 filiadas à FAFEG receberem assessoria, no entanto se tornava quase impossível obter subvenção se tivesse a filiação (Fortuna; Fortuna, 1974).

Em 1968, foi criada a Coordenação da Habitação de Interesse Social da Área Metropolitana do Rio de Janeiro (CHISAM), órgão federal subordinado ao Ministério do Interior e Banco Nacional de Habitação (BNH), responsável por violentas remoções de cerca de 60 favelas até 1973. Em sua visão, a favela era entendida como um problema, descrevendo-a da seguinte forma (Burgos, 2006; Leeds; Leeds, 1978; Valla, 1985; Valladares, 1978):

1) a população favelada era alienada da sociedade por causa da sua habitação; 2) a população favelada não tem os benefícios de serviços porque não paga impostos; 3) a família favelada necessitaria de uma reabilitação social, moral, econômica e sanitária; 4) é necessária a integração dos moradores à comunidade, não somente no modo de habitar, mas também no modo de pensar e viver; 5) é necessário alterar o panorama urbano deformado (Valla, 1985, p. 286).

Nesse cenário, a CHISAM se mostrou um órgão do governo federal de intervenção na política urbana (Gonçalves, 2013), realizando remoções de mais de 50.000 pessoas (Lima, 1989). A lógica da política de remoção foi mantida,

principalmente em regiões de especulação imobiliária como a Zona Sul da cidade (Lima, 1989; Valladares, 1978). Seguindo os planos do BNH sobre a construção civil (Lima, 1989; Valladares, 1978) e na tentativa de Negrão Lima de manter os padrões dos PPP, sob administração da Fundação Leão XIII, foi instituída a construção de CHP, buscando manter a política de proximidade com o antigo local de moradia (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009). No entanto, nos processos de remoção, o direcionamento dos moradores poderia variar de acordo com sua renda (Lima, 1989). A política de remoção de favelas em bairros visados, junto à política de construção civil na década de 1960, aqueceu o mercado imobiliário e multiplicou as desigualdades sociais (Gonçalves, 2013; Valladares, 1978).

Ao final da década de 1960, construções destinadas a assentamentos populares, como os PPP e os CHP, passaram a ser todos nomeados CHP, junto com os ainda recém criados de Ramos, Nova Holanda, Paciência e Andaraí. Alguns foram realmente provisórios, como os da Gávea, Caju e Leblon, desativados entre 1960 e 1972, no entanto muitos perduram até hoje (Fernandes; Costa, 2009).

Em 1970, a FAFEG computou a existência de 230 favelas e 115 associações de moradores (Fortuna; Fortuna, 1974), representando 13,2% da população da cidade (Burgos, 2006). Em 1974, o número de associações cresceu para 180 (Fortuna; Fortuna, 1974). A federação, que se mantinha diametralmente oposta às remoções e a favor da urbanização das favelas, lidava com frequentes embates entre a ocupação ilegal e o planejamento do estado (Burgos, 2006; Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989; Valladares, 1978). Como destaque, houve o movimento contra a remoção da Favela da Ilha das Dragas pela CHISAM, que culminou na ocorrência de ameaças de delação ao DOPS e desaparecimento de lideranças (BURGOS, 2006; Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989). Em meio aos decretos e a criação de um cenário de medo, associado a incentivos por financiamento às associações indicadas pelo Estado, a representação dos moradores se reduziu, dando espaço para uma posição de assessoria ao estado (Burgos, 2006).

Ainda que tenha tido um provável efeito de frear (Burgos, 2006), a FAFEG não conseguiu impedir a CHISAM de realizar diversas remoções (Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989; Valladares, 1978). Nesse cenário, ocorreu o III Congresso de Favelados em 1972, que mantendo a posição contra a remoção, não deixou de abordar temas relacionados à cooperação com a política da CHISAM, como sobre o levantamento socioeconômico e de rendas familiares realizados pelo órgão (Valladares, 1978).

A CHISAM perdurou com seu processo de desfavelamento até o Governo de Chagas Freitas, deixando de existir em 1973 (Valladares, 1978). As remoções eram precedidas por dias de movimento de pessoas nas favelas. No dia agendado, geralmente um sábado ou domingo, ajudantes, geralmente estudantes universitários contratados, se dirigiam às associações de moradores, para preenchimento de formulários junto às pessoas, que receberiam uma indenização ou não, de acordo com sua decisão de manter ou vender sua casa. Há relatos de que, nos dias subsequentes, ocorriam frequentes visitas de favelados à sede da CHISAM, na esperança de negociarem sobre suas situações. No dia da remoção, as famílias deveriam estar já com suas mudanças retiradas. As famílias que cooperavam com a CHISAM eram as primeiras a serem removidas, sendo realizadas em seguida a remoção de cerca de 50 famílias por dia. A polícia acompanhava todo o processo. Quando não havia habitações disponíveis para encaminhamento da família por alguma inadequação, como tamanho ou renda familiar, ficavam sob tutela da Secretaria de Serviços Sociais ou outras fundações de assistência, como a Fundação Leão XIII. A COHAB cobrava uma taxa de ocupação das moradias, que frequentemente tinham o pagamento atrasado por seus moradores. Isso podia levar ao despejo, sendo a família encaminhada para centros de triagem distantes da cidade e desligada do programa. Apesar da ação de despejo não fazer parte do planejamento inicial do papel da COHAB, ela precisava prestar contas a outros órgãos, como o BNH, que financiava a construção dos imóveis (Valladares, 1978).

Abertura do regime militar e mudanças nas políticas urbanas

Em 1979, durante a prefeitura de Israel Klabin, assessorado por Marcos Candau na Secretaria de Desenvolvimento Social (SDS), foram realizados estudos que resultaram nas Diretrizes para o Estabelecimento de uma Política de Ação para as Favelas do Município do Rio de Janeiro. O documento criticava veementemente as políticas autoritárias anteriores e a incompetência de órgãos anteriores para tratar do assunto. No mesmo ano, desenvolveu-se a coleta de lixo em seis favelas pela Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB), enquanto, juntos à Fundação Estadual de Engenharia do Meio Ambiente (FEEMA) e à Secretaria Municipal de Obras, realizaram trabalhos de conscientização sobre limpeza e saneamento (Valla, 1985).

Em contraposição, ainda em 1979, o governo federal fundou o Programa de Erradicação das Favelas (PROMORAR), visando solucionar questões relacionadas às habitações das favelas, promovendo a urbanização quando possível ou sua erradicação (Fernandes; Costa, 2009; Pessoa, 2006; Valla, 1985).

Conhecido como Projeto Rio, substituiu a política repressiva de remoção com a urbanização, pretendendo reaver o apoio de favelados ao regime militar (Gonçalves, 2013). O projeto iniciou-se na Maré, sendo amplamente divulgado na imprensa, depois seguindo para outras capitais (Fernandes; Costa, 2009; Pessoa, 2006; Valla, 1985).

Com o processo de abertura política iniciada pelo governo Geisel, e as primeiras eleições diretas na década de 1980, as classes populares ganharam poder eleitoral na arena política. Em 1983, Leonel Brizola foi eleito governador com um discurso de apoio às classes populares. Com o Programa de Favelas da Cedae (PROFACE), que ocorreu entre 1983 e 1985, houve a expansão do sistema de água e esgoto para 60 favelas, enquanto a COMLURB trabalhou para viabilização de coletas nas favelas, e foram realizadas instalações de iluminação pública (Burgos, 2006). A política populista com as associações de moradores providenciava orçamento e responsabilidades públicas, o que

acabava por demandar uma dedicação maior a um trabalho administrativo, podendo comprometer o de representação dos interesses dos moradores da comunidade (Burgos, 2006; Gonçalves, 2013). A urbanização, junto com o programa Cada Família um Lote, que visava regularizar as propriedades nas áreas de favela, acabou por elevar as “ações de despejo” pelos proprietários das moradias, tendo em vista o risco de moradores regularizarem o lote como próprio, enquanto o estado forneceria uma indenização ao dono (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009).

Após a década de 1980, fortaleceu-se a percepção do perfil da favela como vinculado ao tráfico de drogas, jogo do bicho e conflitos armados, alterando as relações sociais e as convivências nesses espaços. Conforme esses aglomerados populacionais foram notados como “problema social”, cresceram os projetos e ações públicas, além de discussões sobre o âmbito administrativo, político, jurídico e acadêmico (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Valladares, 2005).

Somente a partir de 1986, observou-se a criação de bairros e regiões administrativas englobando áreas consideradas favelas (Fernandes; Costa, 2009). Da década de 80 para 90, a proporção de favelas com rede oficial de esgoto sanitário completo subiu de 1% para cerca de 20% (Burgos, 2006).

Pós Constituição de 1988

A partir da Constituição de 1988, foi proibida a política de remoção, exigindo-se a integração das favelas à cidade e delegando aos municípios a responsabilidade pela organização do espaço urbano (Brasil, 1988; Gonçalves, 2013). Em 1989, a cidade do Rio de Janeiro implantou o Projeto de Urbanização Comunitária/Mutirão Remunerado, vinculado à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, com recursos do Fundo Municipal de Desenvolvimento Social (Fundo Rio). A iniciativa desenvolvida pela arquiteta Lu Petersen visava transformar as favelas em bairros populares, em construção conjunta, com trocas de saber técnico e popular, cernes posteriormente

retomados no Programa Favela-Bairro (Costa; Andrade, 2004; Rio de Janeiro, 2003). Em 1991, o Censo, que utilizava o termo “aglomerados especiais urbanos” desde a década de 1980, passou a se referir aos territórios populares como “aglomerados subnormais” (Giannella; Soares; Franco, 2024).

O Plano Diretor Decenal da Cidade do Rio de Janeiro de 1992 delimitou áreas de Especial Interesse Social, estabelecendo padrões para a urbanização e regularização de loteamentos, incluindo das favelas, e levando à criação da Secretaria Municipal de Habitação (Burgos, 2006; Rio de Janeiro, 2003). Diferente de documentos prévios, o novo plano diretor não levantava aspectos morais ou culturais de moradores das favelas, mas se preocupava com sua infraestrutura e aspecto espacial (Burgos, 2006). Em 1993, durante a prefeitura de Cesar Maia, iniciou-se a implantação do Programa Favela-Bairro, seguindo proposições formuladas pelo Grupo Executivo de Assentamentos Populares (GEAP), e em 1995 recebendo recursos por acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Magalhães, 2002). Outros projetos foram associados ao Favela-Bairro, como Morar Legal, que visava a regularização de loteamentos, o Morar sem Risco, voltado para o reassentamento de famílias, o Morar Carioca, voltado à melhoria da qualidade das moradias, o Novas Alternativas, que tinha por intuito pesquisar soluções inovadoras, e o Bairrinho, atuando em favelas de menor porte (Fernandes; Costa, 2009). O projeto Favela-Bairro foi iniciado em favelas de médio porte, posteriormente expandindo. No entanto, ficaram de fora precisamente favelas que apresentavam maiores complexidades como bolsões de pobreza, alta densidade demográfica, maior extensão, tráfico de drogas ou dificuldades técnicas como de terreno (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009).

Na década de 1990, junto à melhoria de construções e de acessos com construção e alargamento de vias, houve também o crescimento do adensamento populacional das favelas. Os poderes paraestatais comandados por banqueiros do jogo do bicho e pelo tráfico de drogas seguiam se fortalecendo. Isso gerou aumento da sensação de territorialização dos espaços e controle, como o poder sobre associações de moradores, por vezes associados ao estado,

formal ou informalmente (Fernandes; Costa, 2009; Gonçalves, 2013). Em 1990, promulgou-se a Lei Orgânica da Cidade do Rio de Janeiro, reforçando a função social da propriedade, a necessidade de urbanização e regularização de áreas faveladas, e a proibição de remoções de favelas (Gonçalves, 2013).

Discussão

É importante destacar o viés da sequência histórica aqui descrita, preponderantemente baseada em informação de instituições e meios de informação de massa do século XX, que frequentemente lidaram com a favela como problema e algo “anormal” (Barbosa; Silva, 2013; Burgos, 2006; Campos, 2005; Leeds; Leeds, 1978; Lima, 1989; Valla, 1985; Viana, 2023). Nesse sentido, não se trata de um estudo com aprofundamento na diversidade de identidades históricas de múltiplas comunidades, famílias ou indivíduos.

Considerando essa perspectiva, podemos começar entendendo a cidade como a cristalização da ordem social vigente (Leeds; Leeds, 1978), representando o encontro e ação de distintos atores, sejam indivíduos, comunidades ou instituições (Barbosa; Silva, 2013). Essa trama de relações complementares e conflitantes, constituiu um cenário urbano onde a favela frequentemente foi tratada como avessa ao projeto de metrópole (Barbosa; Silva, 2013). Assim, a urbanização das favelas, pela visão das instituições, conta uma história de ações desenvolvimentistas, desenhadas por burocratas e tecnocratas, trazendo diversos prejuízos sem a integração dos projetos com a população local (Cestaro, 2023; Valla, 1985).

A opinião pública hegemônica ao longo do século XX demonstrava um embasamento eurocêntrico, onde a ideia de urbanismo e modernidade tinham Paris como inspiração (Benchimol, 1990; Quijano, 2005). Somado a isso, é frequente a expressão higienista nas políticas públicas, com preocupações estéticas arquitetônicas e de segurança pública, que ao contato com a pobreza, enxergavam a favela como um problema, muitas vezes responsabilizando seus moradores pelos males da cidade. Essa linha de pensamento legitimou a construção de políticas

que desresponsabilizavam o estado, promoviam o deslocamento populacional e ignoravam a opinião e movimentos realizados pelos próprios moradores das favelas (Chalhoub, 1992; Valla, 1985; Valladares, 2000).

A doutrina higienista se mostrou uma ideologia embasada no aperfeiçoamento moral e material, representando um conceito civilizatório de progresso (Chalhoub, 1992) em um país em processo de saída do modelo escravagista para um capitalismo inspirado nos modelos europeus. No entanto, diferente da Europa, as classes burguesas e de latifundiários se apresentaram como aliadas ao estado, preservando, através das transformações sociais, econômicas e políticas, ideologias do Brasil colonial (Benchimol, 1990; Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024; Quijano, 2005). Nesse contexto de modelo capitalista, a moradia assumiu um papel de mercadoria, com valor de uso ao trabalhador e como troca (Benchimol, 1990).

Nesse panorama a população alforriada, antes base do sustento da economia escravagista, junto às camadas mais pobres da população, foi excluída do poder de decisão para a transição de modelo econômico e planejamento urbano (Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024; Campos, 2005; Gonçalves, 2013; Perlman, 1977; Quijano, 2005). Cenário que corre em paralelo com a política racista de “embranquecimento” da população, baseando-se no mito da posteriormente denominada “democracia racial” (Porto; Pacheco; Leroy, 2013; The Southern Education Foundation, 1999).

No entanto, as favelas são precisamente a expressão de uma resolução econômica da questão habitacional, com construções de relativo baixo custo, em que o gasto fica na mão do proprietário ou inquilino para resolver. E ainda que o estado expresse políticas como de remoção, existe o interesse tanto econômico pela mão de obra e consumo, como político pelos votos (Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024; Gonçalves, 2013; Perlman, 1977).

Dessa forma, é possível observar o tratamento da favela como na ilegalidade, o que serviu de justificativa para a falta de investimento público, colocando o antagonismo entre favela e cidade e mantendo grande parte da população sem acesso à moradia formal (Carvalho, 2004; Gonçalves, 2013;

Kowarick, 1979). Embora os moradores dessas áreas tenham participado de forma ativa na reprodução do capital e no desenvolvimento urbano, contraditoriamente não desfrutaram plenamente dos direitos à cidade que ajudaram a construir (Gonçalves, 2013). A expressão do estigma pejorativo da ilegalidade, irregularidade, informalidade e inferioridade em relação à norma ainda podia ser identificado na definição de “aglomerados subnormais” do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), termo que perdurou desde 1991. Agora, em 2024, após amplo processo de discussão com diferentes atores da sociedade, a nomenclatura foi revisada, assumindo o termo “favelas e comunidades urbanas”, representando uma transformação epistemológica e política essencial no modo de conceber e desenvolver os conceitos que direcionam a produção de dados estatísticos e informações no Brasil (Giannella; Soares; Franco, 2024).

Dentre os momentos de intensificação da política de remoção, o mais recente ocorreu durante o regime militar, através de políticas do BNH e CHISAM (Perlman, 1977). O projeto apresentou uma estrutura de servidão, baseado em um sistema de dívidas com o estado para acesso à moradia, objetivando um sistema rentável e tomando interesses de instituições particulares (Lima, 1989; Valladares, 1978). No entanto, seu insucesso se apresentou por apoiar-se no pressuposto de que a população tivesse interesse na remoção para uma casa própria e desejo de se comprometer por longo prazo com a nova moradia, realizando pagamento de taxas mensais, o que não ocorreu, havendo atrasos de pagamento e mudança dos moradores (Valladares, 1978). Além disso, a política se dirigiu às famílias com renda de um a três salários mínimos, ignorando uma porção da população que seguia necessitando construir sua própria moradia (Kowarick, 1979; Lima, 1989).

Essa relação de poder entre estado e favela intensificou a instabilidade de se viver em ocupações. Segundo estudo da SAGMACS, houve no passado a existência de desincentivo entre os próprios moradores para construção de casas de alvenaria, tendo em vista que em caso de remoção ou mesmo reconstrução, pouco se usaria do material demolido (Valla, 1985). A política

de remoção não se mostrava como solução, mas sim como complicadora, principalmente em ações de periferação, em que a população era afastada de serviços públicos e privados, escolas, trabalhos e de suas redes sociais e culturais. Embora a construção de novos conjuntos habitacionais possa compor a PNH, a reestruturação urbana com qualificação das condições locais tem se mostrado uma solução comprovadamente mais adequada e eficiente (IAB, 2010; Perlman, 1977; Valladares, Figueiredo, 1981).

Entretanto, ainda que há mais de 30 anos a política de remoção tenha sido posta na ilegalidade, persistem os discursos de desfavelização, agora embasados em argumentos ecológicos e de segurança pública (Gonçalves, 2013). Nota-se a continuidade da colonialidade à persistência do território, predominantemente negro, periférico, com moradores sob influência político-econômica-estética para os interesses de uma elite, e que seguem sofrendo controle e punições (Fanon, 2022; Kowarick, 1979; Quijano, 2005).

As lutas sociais se mostraram fundamentais para defesa dos direitos nas favelas. O desenvolvimento de subcomitês após a redemocratização a partir de 1945, seguido pela formação de associações de moradores e instituições representando as favelas, como a FAFEG, teve papel essencial na implementação de políticas urbanas e habitacionais que defendiam os interesses dos favelados (Burgos, 2006; Fortuna; Fortuna, 1974; Lima, 1989; Valladares, 1978).

Segundo o estudo da SAGMACS de 1957-60, instituições como Fundação Leão XIII e Cruzada São Sebastião não poderiam resolver questões da favela, mas deveria ser confiada aos seus próprios moradores essa tarefa (Valla, 1985). No entanto é notável a existência de políticas de controle social, buscando reduzir a expressão dos interesses de moradores das favelas, além da perda de poder político-eleitoral em períodos de ditadura (Valladares, 1978).

Em paralelo, ao longo do século XX viu-se o crescimento de estudos nas áreas de sociologia e história que retiraram a favela do anonimato acadêmico, enriquecendo o debate sobre PNH e trazendo à tona sua complexidade social e urbana (Barbosa; Silva, 2013; Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024). No século XXI, o impacto sobre essa discussão aumenta com a democratização do acesso

às universidades, contemplando moradores da favela no debate acadêmico (Brum; Gonçalves; Amoroso, 2024).

Em resumo, a crise habitacional no Rio de Janeiro é tão antiga quanto a chegada da família real e imigrantes (Campos, 2005), bem como o cenário da especulação imobiliária na cidade (Valladares, 1978). As favelas surgem como solução dentro desse contexto urbano, com sua própria distribuição sociodemográfica e ecologia (Leeds; Leeds, 1978). O desenvolvimento urbano nas favelas cariocas é perpassado por períodos e políticas mais autoritárias, com desapropriação e erradicação de favelas, com outros em que se procura aplicar estratégias de “educação”, “participação”, com legalização dos terrenos e ações de políticas públicas locais (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009; Valla, 1985).

Assim, o Rio de Janeiro se configura como um laboratório de políticas urbanas (Gonçalves, 2013). O desenvolvimento de planos, institutos, associações e comissões, estudos e políticas contribuíram para o reconhecimento da complexidade no planejamento urbano e de moradia (Gonçalves, 2013; Lima, 1989). O processo de redemocratização na década de 1980, combinado à experiência dos fracassos sociais e econômicos com as políticas de remoção, aponta para mudanças nas PNH, estimulando as políticas de regularização e urbanização das favelas, com planos menos baseados em aspectos morais ou culturais, e mais preocupados com sua infraestrutura e os aspectos social e espacial (Burgos, 2006; Fernandes; Costa, 2009). Em conclusão, a situação habitacional nas favelas do Rio de Janeiro envolve processos urbanísticos, socioeconômicos e políticos amplos (Cestaro, 2023; Kowarick, 1979), dependendo para seu êxito levar em conta toda a ordem social vigente (Leeds; Leeds, 1978), integrando a comunidade na discussão e aplicação nas políticas de habitação e urbanização.

Conclusão

As favelas do Rio de Janeiro emergem como um fenômeno urbano complexo, resultado de processos sociais, econômicos e políticos que se entrelaçam ao longo da história da cidade. Apresentam-se como soluções

habitacionais em um contexto urbano de exclusão, mostrando sua capacidade de autogestão e resiliência diante das adversidades. O desenvolvimento dessas comunidades informais está intrinsecamente ligado à desigualdade social e à luta por direitos habitacionais, entrando em embate com ideologias higienistas e de controle social. Nesse sentido, os movimentos sociais de moradores apresentam-se com papel crucial na luta pela regularização e melhoria das condições de vida dos moradores das favelas. Diante disso, torna-se fundamental a participação ativa das comunidades para desenvolvimento e gestão das PNH com uma abordagem integrada, que reconheça as favelas como parte legítima da cidade, promovendo desenvolvimento urbano inclusivo, equitativo, capaz de reparar as injustiças históricas e garantir o direito à cidade para todos.

Referências

ABREU, M. de A. Da habitação ao hábitat: a questão da habitação popular no Rio de Janeiro e sua evolução. **Revista Rio de Janeiro** (republicação de 1986), [s.l.], n. 10, p. 210–234, 2003.

BARBOSA, J. L.; SILVA, J. D. S. e. As favelas como territórios de reinvenção da cidade. **Cadernos do Desenvolvimento Fluminense**, [s.l.], v. 0, n. 1, 2013.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos: um Haussmann tropical – a Renovação Urbana do Rio de Janeiro no início do século XX**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1990.

BRASIL. Presidente da República. **Decreto n. 22.498, de 22 de janeiro de 1947**. Autoriza a instituição de uma fundação pela Prefeitura do Distrito Federal. Disponível em: [https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-22498-22-janeiro-1947-341184-norma-pe.html#:~:text=EMENTA%3A%20Autoriza%20a%20institui%C3%A7%C3%A3o%20de,pela%20Prefeitura%20do%20Distrito%20Federal.&text=Vide%20Norma\(s\)%3A,Executivo\)%20%2D%20\(Revoga%C3%A7%C3%A3o\)](https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1940-1949/decreto-22498-22-janeiro-1947-341184-norma-pe.html#:~:text=EMENTA%3A%20Autoriza%20a%20institui%C3%A7%C3%A3o%20de,pela%20Prefeitura%20do%20Distrito%20Federal.&text=Vide%20Norma(s)%3A,Executivo)%20%2D%20(Revoga%C3%A7%C3%A3o).). Acesso em: 20 dez. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 30 nov. 2023.

BRASIL. Congresso Nacional. **Estatuto da Cidade**. Brasília: Senado Federal, 2001.

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n.º 11.124/05, de 16 de junho de 2005**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, cria o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS e institui o Conselho Gestor do FNHIS. 2005.

BRUM, M.; GONÇALVES, R. S.; AMOROSO, M. História e favelas cariocas: um encontro tardio. **Topoi**, v. 25, 2024.

BULLARD, R. D. Anatomy of environmental racism and environmental justice movement. In: BULLARD, R. (ed.). **Confronting Environmental Racism: voices from the grassroots**. 1. ed.

Cambridge: South End Press, 1993. p. 15-39.

BURGOS, M. B. Dos parques proletários ao Favela-Bairro: as políticas públicas nas favelas do Rio de Janeiro. In: ZALUAR, A. M.; SOUZA, M. A. P. (orgs.). **Um Século de Favela**. 5. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006, p. 25-60.

CAMPOS, A. **Do quilombo à favela**: a produção do “espaço criminalizado” no Rio de Janeiro. 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CARVALHO, J. M. de. **Os Bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

CESTARO, L. Os aspectos humanos da favela carioca: uma incursão das SAGMACS pelo Rio de Janeiro (1957-1960). **Oculum Ensaios**, v. 20, 2023. DOI: 10.24220/2318-0919v20e2023a5336.

CHALHOUB, S. **Cidade Febril**: cortiços e epidemias na corte imperial. 3. reimp. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Estocolmo: [s.n.], 1991.

ELIAS, C. D. S. R. *et al.* Quando chega o fim?: uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD: Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 8, n. 1, p. 48, 2012.

FANON, F. **Os Condenados da Terra**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2022.

FERNANDES, T. M.; COSTA, R. G.-R. História de Pessoas e Lugares. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

FJP. Déficit Habitacional no Brasil 2022. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2024. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/13FL-MVsULmFMjkQb1nQsYzO2JVhLQvwz/view>. Acesso em: 23 out. 2024.

FORTUNA, A. P.; FORTUNA, J. P. P. Associativismo na Favela. **Revista de Administração Pública**, v. 8, n. 4, p. 103-152, 1974.

GIANNELLA, L. C.; SOARES, J. S.; FRANCO, C. O. O poder do ato de nomear: o compromisso do IBGE diante das favelas e comunidades urbanas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 11, 2024.

GONÇALVES, R. S. **Favelas do Rio de Janeiro**: história e direito. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora PUC RIO, 2013.

GONZÁLEZ, F.; CONTESSÉ, J. Sistemas judiciales y racismo contra afrodescendientes. **Sistemas Judiciales**: Una perspectiva integral sobre la administración de justicia, n. 8, p. 23-38, 2005.

IAB. **Manual para a Implantação da Assistência Técnica Pública e Gratuita a Famílias de Baixa Renda para Projeto e Construção de Habitação de Interesse Social**. Tecnodata Educacional: Porto Alegre, 2010.

KOWARICK, L. **A espoliação urbana**. São Paulo: Paz e Terra, 1979.

LEEDS, A.; LEEDS, E. **A Sociologia do Brasil Urbano**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

LIMA, N. T. **O movimento de favelados do Rio de Janeiro**: políticas de Estado e lutas sociais (1954-73). Dissertação (Mestrado em Ciência Política), Programa de Pós-graduação em Ciência Política – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1989.

MAGALHÃES, S. **Sobre a Cidade**: habitação e democracia no Rio de Janeiro. São Paulo: Pro Editores, 2002.

MARGUTI, B. O. **Políticas de Habitação** – a nova agenda urbana e o Brasil: insumos para sua construção e desafios a sua implementação. Brasília: IPEA, 2018. p. 119-133.

OMS. WHO HOUSING AND HEALTH GUIDELINES. [s.l.]: [s.n.], 2018.

PERLMAN, J. **O mito da marginalidade**: Favelas e política no Rio de Janeiro. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

PESSOA, A. **Manguinhos como pôde ser**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo), Programa de Pós-graduação em Arquitetura e Urbanismo – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PORTO, M. F.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. **Injustiça ambiental e saúde no Brasil**: o Mapa de Conflitos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.

PREFEITURA DO DISTRITO FEDERAL. Código de Obras. 1937.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder, eurocentrismo e América Latina. In: LANDER, E. (org.). **A colonialidade do saber**: eurocentrismo e ciências sociais, perspectivas latino-americanas. Buenos Aires: Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO), 2005. p. 117-142.

RIBEIRO, D. **Pequeno Manual Antirracista**. 1. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2019.

RIO DE JANEIRO. **Das Remoções à Célula Urbana**: evolução urbano-social das favelas do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria Especial de Comunicação Social, 2003.

THE SOUTHERN EDUCATION FOUNDATION. **Para Além do Racismo**: Abraçando um Futuro Interdependente. Atlanta, GA, Estados Unidos: Grupo Internacional de Trabalho e Consultoria, 1999.

VALLA, V. V. Educação, Participação, Urbanização: Uma Contribuição à Análise Histórica das Propostas Institucionais para as Favelas do Rio de Janeiro, 1941-1980. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 3, p. 282-296, 1985.

VALLADARES, L. do P. **Passa-se uma casa**: análise do programa de remoção de favelas do Rio de Janeiro. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

VALLADARES, L. do P.; FIGUEIREDO, A. Habitação no Brasil: Uma Introdução à Literatura Recente. **Boletim Informativo e Bibliográfico das Ciências Sociais**, n. 11, p. 25-49, 1981.

VALLADARES, L. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 15, n. 44, p. 05-34, 2000.

VALLADARES, L. do P.; MEDEIROS, L. **Pensando as Favelas do Rio de Janeiro**: 1906-2000. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2003.

VALLADARES, L. de P. **A invenção da favela**: do mito de origem à favela.com. 1. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

VIANA, R. de A. Desenvolvimento e ciências sociais: as agências internacionais nas favelas na década de 1960. **História, Ciências, Saúde: Manguinhos**, v. 30, 2023.

VOSGERAU, D. S. R.; ROMANOWSKI, J. P. Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. **Revista Diálogo Educacional**, v. 14, n. 41, p. 165-190, 2014.

ZYLBERBERG, S. **Morro da Providência: Memórias da Favella**. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes/Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, 1992.

O USO DA CANNABIS MEDICINAL NOS SISTEMAS DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Mariana Lopes Giusti
Tiago Braga do Espírito Santo

RESUMO

INTRODUÇÃO: Os estudos sobre o uso da cannabis medicinal em diversas patologias vem aumentando de forma progressiva nos últimos anos. O uso medicinal faz parte da história de diversas culturas e farmacopeias, desde 2700 a.C já se demonstra a prescrição dessa medicação. Apesar de um período de latência de estudos sobre o tema, o conhecimento da maconha para fins medicinais vem se consolidando no meio científico. Hoje, o uso dessa planta para tratamento de diversas doenças e sintomas já é uma realidade no panorama mundial. **OBJETIVO:** Portanto, essa revisão integrativa tem por objetivo analisar o uso da medicação à base de cannabis nos sistemas nacionais de saúde. **METODOLOGIA:** As bases de dados utilizadas foram a Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico, cujas buscas foram realizadas com os seguintes descritores: adultos, cannabis, maconha medicinal, sistema de saúde e sistemas nacionais de saúde, definidos pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Essas terminologias foram combinadas utilizando o operador AND, levando a identificação de 8 artigos. **RESULTADOS:** A análise desses artigos gerou três categorias de análise: os principais sintomas e doenças associados ao tratamento com produtos à base de cannabis, o acesso a essas medicações e a defasagem técnica dos profissionais de saúde. **CONCLUSÃO:** A partir disso, foi possível perceber que a necessidade de investimento em pesquisas de boas abordagens metodológicas sobre o tema e em políticas públicas que garantam a expansão dessas medicações.

PALAVRAS-CHAVE: adulto; cannabis; maconha medicinal; sistemas de saúde; sistemas nacionais de saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Studies on the use of medicinal cannabis for various pathologies have been progressively increasing in recent years. Medicinal use is part of the history of many cultures and pharmacopoeias; as early as 2700 B.C., there is evidence of the prescription of this medication. Despite a latency period of studies on the topic, knowledge of marijuana for medicinal purposes has been consolidating in the scientific community. Today, the use of this plant for the treatment of various diseases and symptoms is already a reality in the global landscape. **OBJECTIVE:** Therefore, this integrative review aims to analyze the use of cannabis-based medication in national health systems. **METHODOLOGY:** The databases used were PubMed, Virtual Health Library, and Google Scholar, with searches conducted using the following descriptors: adults, cannabis, medicinal marijuana, health system, and national health systems, defined by the Health Sciences Descriptors (DeCS). These terminologies were combined using the AND operator, leading to the identification of 8 articles. **RESULTS:** The analysis of these articles generated three categories of analysis: the main symptoms and diseases associated with treatment using cannabis-based products, access to these medications, and the technical gap among health professionals. **CONCLUSION:** From this, it became evident that there is a need for investment in research with good methodological approaches to the topic and in public policies that ensure the expansion of these medications.

KEYWORDS: adult; cannabis; medical marijuana; health systems; public health systems.

Introdução

A cannabis, popularmente conhecida como maconha, apresenta sua história de cultivo há cinco mil anos, na qual já foi destinada para diversos fins,

como o uso recreativo, o uso medicinal e na produção de tecidos. A utilização dessa planta para fins médicos está registrada na farmacopeia chinesa por volta de 2700 a.C para alívio de diferentes sintomas (Salustiano; Bortoli, 2022). Em meados do séculos XIX, há a consolidação da entrada da cannabis para uso medicinal no ocidente através dos estudos de William B. O'Shaughnessy, médico irlandês, e por Jacques-Joseph Moreau, um psiquiatra francês. Em um de seus livros, O'Shaughnessy descreve o sucesso do uso da planta em humanos para tratamento de reumatismo, convulsões e espasmos musculares ocasionados pelo tétano e pela raiva (Zuardi, 2006).

Já nas primeiras décadas do século XX, há uma queda significativa do uso medicinal da maconha. Isso ocorre tanto pela eficácia variável de cada medicação, por ser derivada de tinturas e extratos de amostras da planta - nessa época o princípio ativo da cannabis ainda não havia sido isolado e, portanto, impossibilitando sua padronização - quanto pelas leis proibicionista que dificultaram não só o uso, como também os estudos da cannabis (Zuardi, 2006).

Apesar de todos esses empecilhos, em 1964, Gaoni e Mechoulam conseguem isolar o composto ativo da maconha, Δ^9 -tetrahidrocanabinol (THC), o que aumenta a produção de estudos sobre os constituintes desta planta (Zuardi, 2006). Posteriormente, a descoberta do Sistema Endocanabinoide, (SEC) que atua no desenvolvimento do sistema nervoso central e na modulação da atividade neural, em conjunto com a descoberta dos receptores canabinóides, CB1 e CB2, foram de extrema importância para entender o mecanismo de ação da medicação à base de cannabis no organismo (Lu; Mackie, 2021).

Atualmente, são descritos mais de 400 compostos químicos naturais, como terpenos, flavonoides, enzimas do metabolismo secundário e esteróides e cerca de 120 fitocanabinoides - termo utilizado para identificar canabinóides isolados da planta, uma vez que é sabido a existência de canabinoides de produção endógena - como, THC, canabinol (CBN), canabicromeno (CBC), canabigerol (CBG) e o canabidiol (CBD) (Pereira, 2022; Salustiano; Bortoli, 2022). Toda essa evolução garantiu a associação positiva entre o uso medicinal

da cannabis e os efeitos terapêuticos para diversos tratamentos como epilepsia, insônia, ansiedade, espasmos musculares, dor neuropática, síndrome de Tourette, glaucoma, entre outros (Zuardi, 2006).

Apesar de toda essa crescente na evolução científica, adquirir a medicação à base de cannabis no Brasil ainda apresenta grandes entraves, como o alto custo e a demanda burocrática. Ainda assim, o uso dessa planta para o tratamento de doenças e sintomas vem crescendo não só em território brasileiro, como ao redor de todo o mundo (Azevedo, 2020). É possível perceber que os conhecimentos sobre essa planta atravessam a história da humanidade e vem se consolidando nos últimos anos dentro do meio médico. Portanto, o presente estudo visa compreender através de uma revisão integrativa da literatura a prescrição para tratamento com a cannabis medicinal nos sistemas nacionais de saúde.

Metodologia

A presente pesquisa consiste em uma revisão integrativa realizada entre os meses de julho e outubro de 2024, através da análise de artigos que abordam sobre o acesso à cannabis medicinal no SUS. A escolha desse método deve-se ao fato da revisão integrativa possibilitar a análise de diversos estudos, independente do desenho metodológico utilizado, conferindo maior acervo teórico para o tema selecionado (Moura *et al.*, 2024).

O desenvolvimento da pesquisa em questão foi realizado através de seis passos propostos por um grupo de pesquisadores em 2008 (Mendes; Silveira; Galvão, 2008):

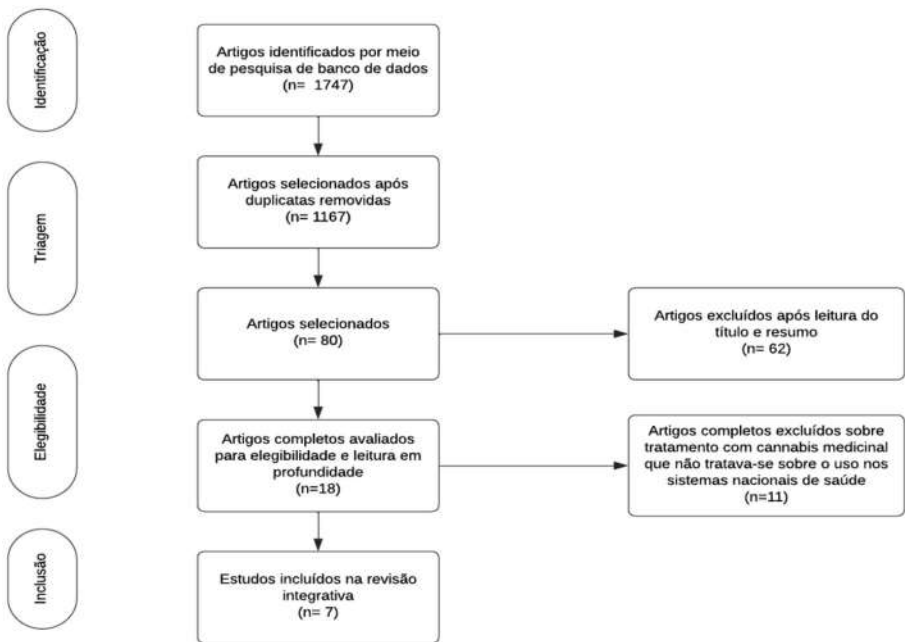
1. Seleção da Questão de Pesquisa: nesta etapa foi utilizada a estratégia PICO, a qual corresponde por P - paciente, I - intervention, Co - context. Portanto, de acordo com tema do estudo, P refere-se à população adulta, I ao acesso aos tratamentos com cannabis medicinal, Co aos sistemas de saúde. Dessa forma, resultou-se na seguinte questão: Quais os tipos de acesso ao tratamento com cannabis medicinal nos sistemas nacionais de saúde?

2. Estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão: foram incluídos estudos com idiomas em português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos, que abordem sobre o acesso público à cannabis medicinal em sistemas nacionais de saúde.
3. Excluíram-se os seguintes estudos: pesquisas que abordem sobre o uso abusivo da maconha, sobre o uso recreativo da cannabis e trabalhos que se enquadrem dentro da literatura cinzenta, como: trabalho de conclusão de curso, dissertação de mestrado, tese de doutorado, entre outros.
4. Categorização dos Estudos: definiram-se as informações extraídas (ano de publicação, país, delineamento do estudo, objetivo(s) do estudo, principais achados e conclusões), de acordo com a estrutura PRISMA para a organização e desenvolvimento do banco de dados;
5. Avaliação dos estudos incluídos: iniciou-se com a leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados nas bases de dados, posteriormente, foi realizada uma análise mais criteriosa dos artigos que condizem com o tema proposto, seguido da seleção daqueles que respondiam a questão de pesquisa.
6. Interpretação dos resultados: os artigos foram analisados e esta etapa consistiu na identificação de temas em comum e sua recorrência nos estudos. Deste modo, emergiram três categorias de análise, a saber categoria 1 - principais doenças e sintomas associadas ao uso da cannabis medicinal; categoria 2 - o acesso à medicação à base de cannabis; e a categoria 3 - defasagem de conhecimento técnico por parte dos profissionais de saúde
7. Apresentação da síntese do conhecimento produzido.

As bases de dados utilizadas para a seleção dos artigos foram: Pubmed, Biblioteca Virtual em Saúde e Google Acadêmico. Para a realização da busca, os descritores selecionados, de acordo com os DeCS (Descritores da Ciência em Saúde) foram adultos, cannabis, maconha medicinal, sistema de saúde e

sistemas nacionais de saúde. O cruzamento dos termos foi empregado com os operadores lógicos booleanos “AND” e “OR”.

Figura 1.



Fonte: Elaborada pelos autores.

Resultados

Quadro 1.

Códi go	Título	Ano/ Pais de Origem	Delinea- mento do Estudo	Partici- pantes	Objetivos	Principais Resultados	Conclusão
E1	“An initial analysis of the UK Medical Cannabis Registry: Outcomes analysis of first 129 patients”	2021/Reino Unido	Estudo Observa- cional	129 pacientes	Investigar uso de produtos prescritos, base de cannabis medicinal, efeitos adversos e resultados relatados pelos pacientes	Melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde em um amplo espectro de patologias. Melhorias estatistica- mente significativas nos sintomas relacionados à ansiedade, depressão, qualidade do sono, dor e desconforto. O principal efeito adverso encontrado foi constipação. O estudo foi realizado em uma única clínica devido à prescrição limitada no Reino Unido e no sistema nacional de saúde.	Os resultados sugerem que um amplo espectro de doenças crônicas pode apresentar uma melhora modesta, mas estatisticamente significativa, na qualidade de vida relacionada à saúde em 1 a 3 meses de tratamento.

E2	“Use and Reported Helpfulness of Cannabinoids Among Primary Care Patients in Vermont”	2020/EUA	Pesquisa Survey	1009 pacientes	Identificar o uso atual e a percepção sobre os canabinoides, THC e CBD, em pacientes adultos da atenção primária em Vermont	45% dos pacientes da atenção primária relataram uso de produtos à base de cannabis no último ano. Uma grande proporção dos pacientes considera o uso do CBD e THC úteis para sintomas comuns, como dor, depressão e insônia. 89% acharam o produto pelo menos um pouco útil. Apenas 18% dos pacientes consideram o profissional de saúde uma fonte de informação sobre a cannabis.	Canabinoides são usados por uma proporção significativa de adultos na atenção primária. Monitorar o uso e as tendências do uso de canabinoides em diferentes estados com leis variadas faz-se necessário para valiosos insights que orientem a política.
----	---	----------	-----------------	----------------	---	--	--

E3	“A cross-sectional examination of choice and behavior of veterans with access to free medicinal cannabis”	2020/EUA	Estudo Trans-versal	93 veteranos militares	Abordar algumas das limitações existentes ao acesso à cannabis em uma amostra de veteranos militares	A maioria dos participantes relatou que usa a cannabis como um substituto para outras substâncias lícitas e ilícitas. Preferem preparações com alto teor de THC/baixo teor de CBD e relatam usar cannabis para tratar sintomas de saúde física e mental. A tendência no comportamento de substituição, onde a cannabis é usada como substituta para outras drogas, se associada à redução de danos, pode ser benéfica.	O estudo destaca a importância de treinar os profissionais de saúde nas nuances e efeitos diferenciais de canabinoides específicos, bem como direcionar os pacientes para produtos à base de canabinoides que, embora menos recompensadores no curto prazo, podem estar associados a riscos reduzidos e ganhos terapêuticos a longo prazo.
----	---	----------	---------------------	------------------------	--	--	--

E4	“Growing medicine: Small-scale cannabis cultivation for medical purposes in six different countries”	2014/ Austrália, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Alemanha e Reino Unido	Pesquisa Survey	5313 cultiva- dores	Comparar dados sobre produtores de cannabis, incluindo o cultivo para fins medicinais em diferentes contextos nacionais	45% de todos os entrevistados relataram fornecer cannabis para fins medicinais a si próprios ou a outros. 75% relataram que cultivam pois “é mais barato do que comprar cannabis”. As condições de saúde mais frequentemen- te relatadas incluem doenças físicas como dor crônica e enxaqueca, e problemas de saúde mental como depressão e ansiedade.	Cultivar cannabis para fins medicinais (para si ou para outros) é uma motivação amplamente difundida entre pequenos cultivadores. Embora o uso sem recomendação médica possa ser arriscado, também pode ser resultado da dificuldade de obter produtos de cannabis medicinal e da criminalização do uso.
E5	“Uso medicinal da Cannabis sativa L. (Cannabaceae): aspectos biológicos e a legislação no Brasil”	2023/Brasil	Revisão da Litera- tura	-	Descrever os aspectos farmacológicos e a legislação associadas à Cannabis sativa L. no Brasil	A Cannabis sativa L. possui muitos canabinoides identificados, sendo o THC e o CBD os mais estudados. Apresentam propriedades terapêuticas em dores crônicas, esclerose múltipla, epilepsia, doença de Parkinson e Alzheimer.	No Brasil, o uso medicinal da cannabis pode ocorrer desde que sejam medicamentos padronizados e autorizados pela ANVISA com dosagens específicas mediante receituário especial.

E6	Redes canábicas e usos medicinais de maconha: associativismo como parte do processo terapêutico	2022/Brasil	Pesquisa Etnográfica	Duas associações canábicas no Rio de Janeiro e duas na Paraíba	Construir um panorama sobre como se organizam os atores sociais em torno do acesso à maconha para fins medicinais no Brasil	As principais atividades realizadas pelas associações incluem organização de reivindicações na esfera pública, realização de cursos de cultivo e produção de óleo medicinal, advocacy e acolhimento de novos usuários medicinais. As reivindicações comuns incluem descriminalização do cultivo doméstico e regulamentação do cultivo associativo.	A organização dos usuários medicinais de maconha tem sido fundamental para possibilitar o acesso e o conhecimento necessário para a manutenção do tratamento, bem como para a construção de um aparato teórico que ampare o uso e o questionamento público das regras que o proíbem.
----	---	-------------	----------------------	--	---	--	--

Fonte: Elaborado pelos autores.

Discussão

A evolução científica crescente sobre a maconha, a partir do isolamento do THC em 1964, garantiu seu espaço no debate sobre o tratamento de diversas doenças. É inegável que as medicações à base de cannabis já fazem parte da medicina atual. A literatura revisada corrobora que o uso medicinal da cannabis já é uma realidade em diversos países. Um estudo realizado na atenção primária de Vermont demonstrou que 45% dos pacientes entrevistados fizeram uso de produtos à base de cannabis no último ano, enquanto um estudo transcultural envolvendo seis países - Austrália, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Alemanha e Reino Unido - entrevistou mais de 5000 cultivadores de cannabis, nos quais 45% o faziam para fins medicinais (Hakkarainen *et al.*,

2015; Wershoven; Kennedy; Maclean, 2020). Tais dados demonstram a ampla disseminação da maconha no cuidado em saúde.

A análise dos artigos selecionados fez emergir três categorias de análise, fundamentadas pelos temas mais recorrentes abordados pelos estudos, a saber: principais doenças e sintomas associadas ao uso da cannabis medicinal; o acesso à medicação à base de cannabis e a defasagem de conhecimento técnico por parte dos profissionais de saúde. A Categoria 1 trata do tema das principais doenças/sintomas associadas ao uso da cannabis medicinal, o que foi identificado em cinco artigos de um total de sete artigos analisados. A Categoria 2 aborda a questão do acesso aos produtos à base de cannabis e foram encontrados relatos em seis dos sete artigos. Já a Categoria 3 engloba a fragilidade em relação aos conhecimentos científicos dos riscos e benefícios por parte dos profissionais da saúde, que foi mencionado por quatro dos sete artigos revisados.

Categoria 1

Apesar dessa crescente progressiva, existem poucos estudos clínicos com boa qualidade metodológica que comprovem a eficácia do uso dessa planta. As principais patologias com comprovação científica do benefício da cannabis são: síndrome de Dravet e Lennox-Gastaut e na redução de sintomas relacionados à Esclerose Múltipla. Outras patologias apresentam relatos clínicos do uso para melhora dos sintomas, no entanto tais estudos são de baixa qualidade metodológica (De Souza; Henriques; Limberger, 2022). Ainda que as pesquisas clínicas não apresentem resultados completamente conclusivos, quando a questão envolve a percepção dos usuários da cannabis medicinal sobre o impacto em suas condições de saúde, a maioria dos artigos revisados mostram que há alguma melhora em relação aos sintomas ou à qualidade de vida. Tais benefícios são associados, principalmente, às propriedades farmacológicas dos canabinoides, tanto de origem natural, quanto sintética, uma vez que estão associados ao controle de sintomas como os das doenças

inflamatórias, neurodegenerativas, neoplásicas, ansiosas e depressivas (Silva; Almeida Junior, 2023).

O estudo observacional realizado no Reino Unido demonstrou melhora, estatisticamente significativa, nos sintomas relacionados à ansiedade, depressão, qualidade do sono, dor e desconforto (Erridge *et al.*, 2021). Enquanto na pesquisa realizada em Vermont, os três principais sintomas associados ao uso dessas medicações à base de cannabis foram: dor, depressão e insônia, e 89% dos entrevistados relataram que o uso era pelo menos um pouco útil (Wershoven; Kennedy; Maclean, 2020). Os veteranos militares que participaram do estudo transversal realizado na Califórnia afirmaram que usavam a maconha medicinal para alívio de sintomas relacionados à saúde física e mental (Loflin *et al.*, 2019). Já os cultivadores de cannabis entrevistados no estudo transcultural associaram o uso para o tratamento de doenças físicas como dor crônica, inflamação das articulações e enxaqueca, e condições de saúde mental como depressão, ansiedade e transtornos de pânico (Hakkarainen *et al.*, 2015).

Portanto, através dessa revisão foi possível perceber que a maioria do uso da cannabis medicinal está relacionado a patologias com baixas evidências científicas em relação ao benefício, mas ainda assim boa parte dos usuários referiram alguma melhora. Esse dado mostra a importância de investir em estudos com boas abordagens metodológicas que garantam maior conhecimento técnico e segurança para o uso de medicações derivadas dessa planta.

Categoria 2

Em 2021, pelo menos 70 países legalizaram o uso da maconha para fins medicinais (Pereira, 2022). Países como EUA, Canadá e Uruguai já possuem a maconha dentro do mercado legal. Outros países caminham para esse mesmo rumo, como Colômbia, Nova Zelândia, Suíça, entre outros (Cardoso; Ferreira; Varella, 2023). No Brasil, a legalização segue a passos lentos. Algumas Regulações de Diretoria Colegiada (RDC) foram publicadas dando a possibilidade de acesso à algumas medicações à base de cannabis.

Atualmente, é possível encontrar algumas medicações nas farmácias, que custam em torno de 3000 reais (Pereira, 2022). Além disso, também pode-se importar medicações de qualidade desde que seja feito um cadastro online e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária autorize (Azevedo, 2020).

Outra possibilidade de acesso em território brasileiro, é através da judicialização, de forma a pleitear o fornecimento de fármacos que não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS). A aquisição de Habeas Corpus para plantio em casa também é uma realidade nacional. E outra via possível é a compra de óleo artesanal feito por Associações canábicas (Azevedo, 2020). Mesmo com a legalização em diversos países internacionais e o caminho para isso no Brasil, os artigos revisados mostram que o acesso ainda é um desafio para os pacientes que fazem uso da maconha de forma medicinal. O estudo realizado no Reino Unido mostrou que a principal limitação foi o fato da pesquisa ter sido feita em apenas uma clínica devido a prescrição limitada no país e no sistema nacional de saúde (Erridge *et al.*, 2021). Já na pesquisa realizada em Vermont, os próprios pacientes expressaram preocupação com a dificuldade de acesso aos medicamentos à base de cannabis devido ao custo e ao fato de não serem custeados pelos seguros de saúde ou por não estarem disponíveis (Wershoven; Kennedy; Maclean, 2020).

O estudo feito na Califórnia foi realizado com veteranos militares, neste estudo os entrevistados tinham acesso livre à produtos à base de cannabis através de um coletivo canábico focado em veteranos. O artigo relata que esses coletivos foram criados como forma de contornar algumas barreiras de acesso como o custo e o fato da medicação não ser coberta pelo seguro de saúde (Loflin *et al.*, 2019). Tais coletivos se assemelham às associações canábicas brasileiras que produzem e comercializam produtos canábicos de forma menos burocrática. O estudo transcultural feito em seis países também corrobora com essa vivência, uma vez que 75% dos entrevistados relatam que fazem o cultivo próprio para fins medicinais devido ao alto custo da medicação (Hakkarainen *et al.*, 2015). No Brasil, o estudo etnográfico realizado com associações canábicas demonstra a importância da organização de atores

sociais como forma de garantir o acesso aos produtos e a manutenção de tratamentos (Barbosa, 2022).

A Itália passou a cultivar nacionalmente a *Cannabis sativa* pelo ministério da saúde, permitindo a produção de medicamentos disponíveis para prescrição médica. Em 2018, o Senado europeu aprovou normas sobre essa planta, que garantiram permissão para pesquisas científicas, técnicas para formulação de produtos e garantia de acesso à população (Silva; Almeida Junior, 2023). Dessa forma, através dessa revisão foi possível entender que apesar dos produtos medicinais serem extraídos da planta da cannabis e o cultivo e a produção do óleo artesanal serem uma fonte viável. Uma das principais barreiras e que foi citada na maioria dos estudos analisados foi o custo da medicação. Entender que essa limitação se estende além do território nacional é de suma importância para pensar em políticas públicas que facilitem o acesso.

Categoria 3

Outra questão importante abordada por grande parte dos artigos revisados foi que a lacuna no conhecimento reflete diretamente na atuação dos profissionais de saúde. Apesar do uso medicinal da maconha ser milenar, no século XX houve um grande declínio de estudos, devido ao fato dos princípios ativos ainda não terem sido isolados, e o uso de tinturas e extratos dependia da forma de produção, dificultando estudos de boa qualidade. Ademais, as restrições legais associadas à criminalização da maconha no mundo repercutiram também no mundo científico, levando a uma diminuição das produções científicas sobre o tema (Zuardi, 2006). Apenas em 1980, a Organização Mundial da Saúde passou a estimular estudos científicos sobre a cannabis e, em 2020, a Organização das Nações Unidas excluiu a planta da lista de restrições da Convenção Única (Rodrigues; Dos Reis Pereira, 2022). Tais evoluções permitiram que os estudos sobre a planta crescessem exponencialmente nas últimas décadas, mas ainda faz-se necessários mais estudos sobre a cannabis e o mecanismo de ação (Ribeiro, 2014). Diante deste

cenário de consolidação científica da cannabis em seu uso medicinal, os artigos revisados mostram que a defasagem no conhecimento técnico por parte dos profissionais da saúde é uma questão ao uso médico dessa planta.

O estudo realizado em Vermont evidenciou que apenas 18% dos pacientes entrevistados consideraram o profissional de saúde uma fonte confiável de informação sobre a cannabis (Wershoven; Kennedy; Maclean, 2020). Já o estudo transversal realizado com veteranos militares mostrou que eles fazem o uso da cannabis de forma automedicada e que é de extrema importância treinar médicos para que possam orientar sobre os produtos, os riscos e benefícios (Loflin *et al.*, 2019). A pesquisa transcultural realizada com cultivadores de maconha também corrobora com o achado dos estudos anteriores, uma vez que a maioria das pessoas que cultivam para fins medicinais possuem um diagnóstico médico, mas a escolha do tratamento com a cannabis foi individual (Hakkarainen *et al.*, 2015). Enquanto isso, o estudo transversal realizado em Washington demonstrou que uma parcela significativa dos prontuários analisados continha dados de que os pacientes faziam uso da maconha medicinal, sendo portanto, de suma importância a atualização do tema para os profissionais de saúde de forma que eles pudessem identificar o uso pelos pacientes e orientar sobre riscos e benefícios (Matson *et al.*, 2021). Tais análises mostram que apesar do crescimento exponencial sobre a discussão do tema dentro da área da saúde, o aconselhamento sobre o uso da cannabis de forma medicinal pelos profissionais de saúde ainda é precário, influenciando que pacientes procurem o tratamento com a planta sem avaliação médica.

Considerações finais

O uso da maconha para fins medicinais já é uma realidade mundial e, apesar de poucas doenças com boas evidências científicas sobre o tratamento, o uso para alívio de diversos sintomas vem crescendo nos últimos anos. Portanto, é de suma importância que pesquisas clínicas com boas abordagens metodológicas surjam a fim de garantir maior segurança aos pacientes.

Além disso, o acesso aos produtos à base de cannabis ainda possuem muitas limitações, sendo o valor o mais citado nos artigos revisados, o que leva a reflexão de que as políticas públicas precisam acompanhar o crescimento científico em torno do tema. Dessa forma, a expansão desse tema tão atual necessita se estender aos profissionais de saúde para que os mesmos estejam aptos a lidar com as situações clínicas e orientar os pacientes sobre os benefícios e riscos a partir de uma prática baseada em evidências.

Referências

AZEVEDO, C. F. **O Acesso Legal à Cannabis Medicinal: Um Direito Fundamental**. 2020. Dissertação (Mestrado) – Florianópolis, SC, 2020. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/218880>. Acesso em: 2 nov. 2023.

BARBOSA, L. Redes canábicas e usos medicinais de maconha: associativismo como parte do processo terapêutico. **Teoria e Cultura**, v. 17, n. 2, p. 111-125, 8 nov. 2022.

CARDOSO, H.; FERREIRA, V. S.; VARELLA, F. H. R. Uso e regulamentação da cannabis: um debate global sobre cannabis: aspectos médicos e recreativos. **Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro**, v. 12, n. 1, 30 out. 2023.

DE SOUZA, M. R.; HENRIQUES, A. T.; LIMBERGER, R. P. Medical cannabis regulation: an overview of models around the world with emphasis on the Brazilian scenario. **Journal of Cannabis Research**, v. 4, n. 1, p. 33, 16 jun. 2022

ERRIDGE, S. *et al.* An initial analysis of the UK Medical Cannabis Registry: outcomes analysis of first 129 patients. **Neuropsychopharmacology Reports**, v. 41, n. 3, p. 362-370, set. 2021.

FRANÇA, J. M. C. **História da maconha no Brasil**. São Paulo: Editora Jandaíra, 2022.

HAKKARAINEN, P. *et al.* Growing medicine: small-scale cannabis cultivation for medical purposes in six different countries. **The International Journal on Drug Policy**, v. 26, n. 3, p. 250-256, mar. 2015.

LOFLIN, M. J. E. *et al.* A cross-sectional examination of choice and behavior of veterans with access to free medicinal cannabis. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 45, n. 5, p. 506-513, 2019.

LU, H.-C.; MACKIE, K. Review of the Endocannabinoid System. **Biological Psychiatry. Cognitive Neuroscience and Neuroimaging**, v. 6, n. 6, p. 607-615, jun. 2021.

MATSON, T. E. *et al.* Prevalence of medical cannabis use and associated health conditions documented in electronic health records among primary care patients in Washington State. **JAMA Network Open**, v. 4, n. 5, p. e219375, 3 maio 2021.

MATTOS, R. A. de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 771-780, 2009.

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, p. 758-764, dez. 2008.

MOURA, A. A. de *et al.* Empoderamento estrutural de enfermeiros nos serviços de emergências: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 37, p. eAPE01713, 8 jul. 2024.

PEREIRA, T. O. **A indústria de cannabis medicinal (Cannabis sativa L.): uma revisão.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Química Industrial) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

RIBEIRO, J. A. C. **A cannabis e suas aplicações terapêuticas.** Projeto de Graduação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2014.

RODRIGUES, T.; DOS REIS PEREIRA, P. J. De “Erva do Diabo” a panaceia? Biopolíticas da cannabis no Brasil. **Cadernos de Campo**, v. 31, n. 1, p. e198075-e198075, 2022.

SALUSTIANO, R. L. C.; BORTOLI, S. Canabidiol: aspectos gerais e aplicações farmacológicas. **Conjecturas**, v. 22, n. 2, p. 1157-1179, 2022.

SILVA, E. T. T. da; ALMEIDA JUNIOR, L. D. de. **Uso medicinal da Cannabis sativa L. (Cannabaceae):** aspectos biológicos e a legislação no Brasil. 2023. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/62441>. Acesso em: 9 out. 2024.

WERSHOVEN, N.; KENNEDY, A. G.; MACLEAN, C. D. Use and reported helpfulness of cannabinoids among primary care patients in Vermont. **Journal of Primary Care & Community Health**, v. 11, p. 2150132720946954, 2020.

ZUARDI, A. W. History of cannabis as a medicine: a review. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. 153-157, jun. 2006.

REVISÃO INTEGRATIVA: ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA INTEGRANDO EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Sara da Silva Macruz
Roberto José Leal

RESUMO

INTRODUÇÃO/OBJETIVO: O presente estudo investiga as estratégias desenvolvidas pelos farmacêuticos para a prática da educação permanente na atenção primária à saúde, com o objetivo de identificar evidências científicas nacionais sobre a relevância desses profissionais na educação em saúde. **METODOLOGIA:** Utilizando a metodologia da revisão integrativa da literatura, o estudo sintetiza pesquisas sobre as abordagens dos farmacêuticos na implementação da educação permanente, destacando sua importância no fortalecimento das práticas de cuidado farmacêutico. **RESULTADOS:** Os resultados indicam que, embora haja avanços, ainda são necessárias ações que promovam práticas efetivas de cuidado, incentivando uma postura ativa dos profissionais frente ao seu cotidiano. A educação em saúde não apenas capacita os farmacêuticos, mas também permite a troca de experiências entre profissionais e usuários, facilitando a gestão das complexidades do ciclo do medicamento. Entre as estratégias sugeridas estão ações educacionais, desenvolvidas no formato de oficinas, que podem ser realizadas nos locais de atendimento, com o suporte da gestão. Essas iniciativas são fundamentais para o aprimoramento da educação em saúde na atenção primária, visando um cuidado mais integrado e eficaz.

PALAVRAS-CHAVES: educação continuada, assistência farmacêutica, educação em saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION/OBJECTIVE: This study investigates the strategies developed by pharmacists to practice continuing education in primary health care, with the aim of identifying national scientific evidence on the relevance of these professionals in health education. **METHODOLOGY:** Using the integrative literature review methodology, the study synthesizes research on pharmacists' approaches to implementing continuing education, highlighting its importance in strengthening pharmaceutical care practices. **RESULTS:** The results indicate that, although progress has been made, there is still a need for actions that promote effective care practices, encouraging professionals to take an active stance in their daily lives. Health education not only trains pharmacists, but also allows for the exchange of experiences between professionals and users, making it easier to manage the complexities of the drug cycle. Among the strategies suggested are educational actions, developed in the form of workshops, which can be carried out at the point of care, with the support of management. These initiatives are fundamental for improving health education in primary care, with a view to more integrated and effective care.

KEYWORDS: continuing education, pharmaceutical care, health education.

Considerações iniciais

A atenção básica se configura como primeiro nível de atenção à saúde, englobando um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, visando à promoção de saúde, prevenção de agravos, tratamento, reabilitação e recursos de manutenção à saúde (Brasil, 2017). Assim, compreende-se este espaço como o mais abrangente para oportunizar a educação em saúde, de modo que proporcione uma atualização cotidiana das práticas do serviço em saúde. A educação permanente em saúde (EPS), é definida como a aprendizagem no trabalho que envolve o aprender e o ensinar incorporados ao cotidiano das organizações e serviços. A EPS é fundamentada na aprendizagem significativa e na possibilidade de modificar as práticas profissionais e acontece no dia a dia (Brasil, 2007).

Segundo o estudo desenvolvido por Barberato *et al.* (2022) foi apontado que o trabalho do farmacêutico na APS tem como princípio garantir o acesso dos usuários aos medicamentos e demais insumos essenciais como prioridades, sendo predominantemente técnico-gerencial, com o atendimento aos usuários sendo realizado em sua maioria pelos técnicos de farmácia. Assim, o cuidado farmacêutico é fundamental na Atenção Básica à Saúde, não só em garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, como também promover ações de educação em saúde, com educação permanente e promoção da saúde (Brasil, 2014).

A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) requer estratégias e ações voltadas para a EPS, que estão sendo desenvolvidas nos serviços de atenção primária. No entanto, muitas dessas iniciativas voltadas aos trabalhadores da saúde ainda se baseiam em uma abordagem instrumental, focada em ações isoladas, fragmentadas e desconectadas da realidade dos serviços, assemelhando-se mais a modelos de educação continuada. Apesar da persistência de práticas tradicionais, é notável o avanço na adoção de recursos tecnológicos e práticas reflexivas no cotidiano de trabalho, além de iniciativas que promovem a integração entre ensino e serviço.

Essas abordagens visam despertar os profissionais de saúde para a necessidade de mudança em suas práticas, resultando em uma melhoria na qualidade dos serviços prestados – e é nesse contexto que as práticas de EPS realmente se concretizam. Entretanto, o desenvolvimento da EPS enfrenta diversas dificuldades, como a falta de ferramentas que ajudem os gestores a implementar as diretrizes da Política, a necessidade de articulação entre os diferentes níveis de gestão, a escassez de profissionais capacitados e sua baixa adesão às atividades educativas. Além disso, há uma carência de planejamento por parte dos gerentes de unidades, alta rotatividade de profissionais devido a vínculos frágeis com os serviços, baixa participação da comunidade e um enfoque fragmentado de trabalho entre as profissões. Essas questões precisam ser abordadas e reavaliadas para que se possa promover mudanças efetivas (Ferreira *et al.*, 2019).

Sendo a educação permanente uma importante ferramenta para estimular o pensamento crítico do profissional envolvido na dispensação/entrega do medicamento ao usuário da APS, como um instrumento auxiliar no desenvolvimento de suas habilidades (Macruz, 2023). Partindo desse pressuposto, a EPS promove a valorização dos profissionais em sua prática e propicia qualidade na oferta de ações e serviços disponíveis para usuários, famílias e comunidades, sendo o apoio da gestão um diferencial para o planejamento e a organização do processo de trabalho, dinamizando as ações e tornando-as exequíveis (Machado *et al.*, 2015).

Ademais, a assistência farmacêutica na atenção primária vai além da dispensação de medicamentos, ela engloba uma abordagem focada na prevenção, educação e acompanhamento clínico, contribuindo para a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida dos usuários (Brasil, 2014). Diante disso, o presente artigo tem como objetivo identificar evidências científicas nacionais das estratégias utilizadas para desenvolver a educação permanente e demonstrar a relevância dos farmacêuticos na educação em saúde na atenção primária.

Métodos

Esse trabalho utilizou como método a revisão integrativa da literatura abordando o assunto estratégias desenvolvidas pelos farmacêuticos para a prática da educação permanente na atenção primária. A revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta ímpar no campo da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico (Souza; Silva; Carvalho, 2010).

Para a busca dos artigos, foi elaborada a seguinte pergunta de pesquisa: Quais estratégias são desenvolvidas na prática da educação permanente pelos farmacêuticos na atenção primária? Os critérios de inclusão adotados foram: publicações dos últimos 5 anos (2019 a 2024),

artigos originais, publicados em português e texto completo gratuito. Já os critérios de exclusão foram: artigos com título sem correlação com o objetivo do trabalho; artigos duplicados; artigos cujo programa de educação foi voltado para equipes de farmácias comunitárias ou ambulatoriais, como farmácia hospitalar, farmácia clínica, estudantes de farmácia etc.; artigos em que não houve implantação de programas de educação e artigos cujo programa de educação foi voltado para um conjunto de profissionais de saúde, incluindo profissionais de farmácias.

A partir desses critérios, em julho de 2024, foi realizada busca nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO. A base de dados LILACS foi pesquisada por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e a pesquisa na MEDLINE foi realizada por meio da PubMed. A pesquisa dos artigos foi feita por meio dos seguintes descritores: Educação continuada, Assistência farmacêutica, Educação em Saúde, Atenção Primária, esses descritores foram utilizados em português. É importante ressaltar que a expressão “Educação permanente” não está disponível como descritor nas bases de dados, sendo “Educação continuada” um dos descritores sugeridos para a busca.

Resultados e discussão

A partir da busca efetuada nas bases de dados citadas, foram encontradas 1093 publicações. Na base de dados LILACS foram encontrados 10 (dez) artigos. A pesquisa na MEDLINE resultou em 943 publicações. Já a pesquisa na base de dados SCIELO resultou em 140 artigos. Após a aplicação dos filtros que atendiam aos critérios de inclusão, leitura do título e o resumo do trabalho foram identificados 137 artigos. Ao final, foram excluídos 105 artigos e selecionados 7 artigos para redigir o trabalho, sendo 3 artigos da SciELO, 3 artigos da LILACS e 1 artigo da PubMed.

Os dados dos artigos selecionados foram reunidos no Quadro 1, segundo autor e ano de publicação, título do artigo, objetivo e resultados.

Quadro 1. Característica dos artigos incluídos na revisão integrativa

Autor e Ano	Artigo	Objetivo	Resultados
Amarante et al. (2024)	“Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na atenção primária à saúde”	Analisar práticas educativas inseridas no modelo tradicional e dialógico de educação em saúde.	Foi evidenciada a importância da educação permanente, além da necessidade de potencializar estratégias de motivação profissional no desenvolvimento dessas práticas.
Cruz et al. (2024)	“Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país”	Apresentar reflexões sobre construções possíveis com base nos princípios dessa filosofia.	É importante a participação social nos serviços de saúde, destacando a abordagem comunitária como estratégia para potencializar o trabalho na Atenção Primária à Saúde e dinamizar a promoção e a vigilância em saúde.
Fittipaldi, O'Dwyera e Henriques (2023)	“Educação em saúde na atenção primária: um olhar sob a perspectiva dos usuários do sistema de saúde”	Analisar as ações de educação em saúde na atenção primária sob a perspectiva dos usuários à luz da teoria da ação social de Bourdieu.	As ações coletivas propiciaram espaço para diálogo e valorização da fala de todos. A articulação dos conceitos da sociologia da ação de Bourdieu com a educação em saúde contribuiu para o entendimento da visão do usuário sobre essas práticas sociais. Por fim, são propostas ações efetivas e transformadoras por meio do diálogo e da interação com a dinâmica de vida popular.
Machado et al. (2019)	“Integração ensino-serviço como mediadora de experiências de comunicação em saúde na comunidade”	Relatar experiências de educação em saúde em uma Unidade Saúde da Família de Natal/RN no contexto da integração ensino-serviço.	Realizaram-se quatro “varais” (oficina de Shantala - saúde da mulher; tenda do conto - saúde do idoso; orientação alimentar - saúde do homem; teatro - saúde da criança), focando habilidades para o cuidado familiar e auxílio ao empoderamento comunitário.
Machado et al. (2022)	“Oficina educativa para profissionais da Atenção Primária à Saúde como estratégia para promover alimentação complementar saudável no Acre, Amazônia brasileira”	Compartilhar o processo de planejamento; construção do material educativo; divulgação e participação; oferecimento e avaliação de uma oficina on-line voltada para profissionais da APS no Acre, bem como dificuldades e lições aprendidas.	O uso de diferentes ferramentas virtuais favoreceu o diálogo entre os participantes e as coordenadoras da oficina. Participantes relataram preferir vídeos curtos com animações. Ressalta-se a importância das parcerias com secretarias de saúde para o adequado planejamento e divulgação da oficina.
Passos, Firmino e Arrais (2020)	“Oficina de sensibilização e instrumentalização para Atenção Primária à Saúde Mental na gestação e puerpério”	Descrever uma proposta pedagógica de intervenção sobre saúde mental no ciclo grávidico-puerperal para os profissionais de uma Unidade Básica de Saúde.	A avaliação pelos participantes demonstrou impacto na desestigmatização do tema, abrindo possibilidades de atuação na prevenção, identificação e abordagem ao sofrimento psíquico e vulnerabilidade psicossocial.

Barberato, Scherer e Lacourt (2019)	“O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde brasileira: inserção em construção”	Analisar a inserção do trabalho do farmacêutico na atenção primária à saúde no Brasil.	As potencialidades residem no âmbito das ações voltadas ao cliente, às famílias e à equipe, bem como no campo da formação profissional e na divulgação dos resultados das ações farmacêuticas. O isolamento dos farmacêuticos na atenção primária prevalece, embora haja perspectivas de fortalecimento da integração na equipe que vem sendo estimulada pelas recentes transformações institucionais e regulatórias no cenário nacional.
-------------------------------------	---	--	---

Fonte: Elaboração própria, 2024.

Os assuntos abordados envolvem a elaboração de estratégias para a promoção da educação em saúde na prática profissional, porém não identificamos publicações que abordam diretamente ações para a promoção do cuidado com o medicamento. As abordagens de educação em saúde evidenciam a importância da inclusão de todos os participantes em cada fase do processo educativo. Dessa forma, incorporam diretrizes que buscam a participação ativa da comunidade – além de promover sua capacitação como indivíduos autônomos – reconhecendo que, para que os processos educativos sejam eficazes, é fundamental que sejam desenvolvidos com foco no protagonismo, na corresponsabilidade e na autonomia.

As concepções diversas e complementares da educação em saúde representam a potência no alcance da integralidade da abordagem educativa no cuidado em saúde na atenção básica. As ações coletivas criaram um espaço propício para o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, facilitado pelo diálogo entre os participantes e pela valorização da voz de todos. No entanto, o contexto de vulnerabilidade individual e social, resultado das trajetórias de vida dos entrevistados, limita seu poder de escolha e a capacidade de exercer plenamente a autonomia e o autocuidado.

As reflexões apresentadas evidenciam um cenário de ações educativas que se distanciam das práticas hegemônicas de educação em saúde na APS. Essa perspectiva sugere uma mudança, visando fomentar práticas educativas alinhadas com o ideário da Educação Popular em Saúde, que se configura como

uma alternativa poderosa para a conscientização, transformação da realidade e melhoria da qualidade de vida. É imprescindível abordar as questões sociais que impactam diretamente a vida dos indivíduos ao refletir sobre a educação em saúde como uma ferramenta de cuidado. Como discutir educação em saúde quando faltam condições básicas como educação formal, trabalho, moradia e alimentação?

Ao reconhecer que o adoecimento da população é influenciado por estruturas sociais, destaca-se a importância de incluir reflexões sociológicas. Ao apresentar as experiências e significados atribuídos pelos usuários às ações educativas, espera-se contribuir para o campo da educação em saúde na APS, defendendo que essa educação deve ser pautada pelos princípios da Educação Popular em Saúde, promovendo diálogo e interação com a vida cotidiana. Esse caminho, embora já explorado por alguns profissionais, precisa ser expandido para encontrar alternativas coletivas que enfrentem a complexidade dos problemas de saúde da população. Dessa forma, poderão ser propostas ações de educação em saúde que sejam efetivas, transformadoras e duradouras (Fittipaldi; O'dwyer; Henriques, 2021).

Os profissionais podem encontrar diferentes motivações e desafios na implementação das práticas educativas voltadas para o usuário na APS. É importante criar oportunidades e estratégias para incluir, de forma protagonista, os saberes e os interesses da comunidade na forma de conduzir as ações no serviço de saúde. As práticas educativas tradicionais constituem uma dificuldade que deve ser combatida por meio da valorização do saber popular e de abordagens educativas dialógicas. Destaca-se que o apoio da gestão é essencial para a realização das práticas educativas, ressaltando a importância da educação permanente na disseminação de abordagens educativas problematizadoras e reflexivas, sendo uma potente alternativa para a conscientização, transformação da realidade e melhoria da qualidade de vida.

O desinteresse da população por ações educativas e a priorização do atendimento clínico representam desafios significativos, conforme relatado por muitos profissionais. Para alterar esse cenário, é fundamental um esforço contínuo de conscientização na comunidade. É essencial que, para

que a população compreenda melhor o sistema de saúde, os profissionais também acreditem e se engajem nas mudanças e nos benefícios das ações educativas. A gestão é frequentemente apontada como um fator que dificulta o desenvolvimento dessas iniciativas, enfrentando problemas como a falta de incentivo, a ausência de educação permanente, a infraestrutura inadequada e a escassez de profissionais na atenção primária.

Para que a educação em saúde seja eficaz, além da vontade de realizá-la, são necessários recursos materiais, humanos e apoio adequado. O papel do gestor no planejamento das ações, na promoção da capacitação e na manutenção das equipes é crucial para os resultados obtidos. Além disso, identificar os fatores de vulnerabilidade de uma população e entender a relação entre os contextos individuais e sociais é vital para promover ambientes saudáveis e o autocuidado. A vulnerabilidade é um grande obstáculo, envolvendo questões como violência, medo, fome e desemprego. Como implementar ações educativas significativas para alguém que não tem o que comer? A intersectorialidade se torna um desafio, pois as práticas de educação e promoção da saúde precisam ir além da informação e integrar a análise da vulnerabilidade no planejamento voltado a grupos específicos. A colaboração entre diferentes profissionais de saúde é uma abordagem eficaz para enfrentar esses desafios, promovendo o trabalho em equipe e a articulação entre diversas áreas, sempre com foco nas necessidades do usuário.

Observa-se um movimento dinâmico entre os profissionais, que, apesar das especificidades de suas funções, se envolvem nas etapas e temas do processo educativo, priorizando a integralidade do atendimento. Somente dessa forma será possível formar equipes capacitadas para lidar com a complexidade das práticas educativas na atenção primária, reestruturando o processo de trabalho em saúde e promovendo um novo modelo de diálogo, onde todos são participantes ativos. É igualmente importante valorizar a educação em saúde realizada de forma individual, permitindo que o profissional compartilhe conhecimentos e experiências, fortalecendo os vínculos e afetos a partir de uma abordagem centrada no sujeito (Amarante *et al.*, 2024; Cruz *et al.*, 2024).

O oferecimento de uma oficina educativa na APS é uma importante estratégia para promover a educação em saúde e apresenta diversos desafios que podem ser superado com o trabalho em equipe e apoio da gestão, nesse contexto, é fundamental planejar intervenções com os atores que trabalham e conhecem o cenário do território, que sejam capazes de sinalizar necessidades específicas, barreiras locais e possibilidades de superá-las (Machado *et al.*, 2022). Nesse contexto, a realização de oficinas como estratégia para promoção da educação em saúde, é um espaço para propiciar aos farmacêuticos trabalharem aspectos voltados a todo ciclo do uso do medicamento da prescrição ao descarte seguro.

A realização de oficinas como estratégia educativa de integração ensino serviço-comunidade, favorece a promoção à saúde através de estratégias de educação popular em saúde, considerando assim o saber da comunidade como matéria-prima do processo educativo. Consiste em um processo de aprendizagem a partir do conhecimento do sujeito e a partir de palavras e temas de seu cotidiano. As principais motivações estão relacionadas à melhoria nas condições de trabalho, às oportunidades de aprendizado, ao desenvolvimento profissional e à transformação dos processos de trabalho (Machado *et al.*, 2020).

As oficinas de sensibilização representam uma importante estratégia educativa para promover reflexões e transformações nas práticas de cuidado na atenção primária à saúde como parte do processo de educação permanente. Porém é fundamental observar a periodicidade de sua realização para garantir o envolvimento e participação do público-alvo (Passos; Firmino; Arrais, 2020). Um desafio crucial da EPS é criar oportunidades para que os saberes e interesses da comunidade sejam protagonistas na condução das ações de saúde.

O processo educativo não deve se restringir às unidades de saúde; é essencial considerar as práticas populares de cuidado e as lideranças comunitárias, evitando limitar nosso trabalho a um serviço meramente técnico. É fundamental reconhecer, valorizar e incluir esses protagonistas locais na construção das ações de saúde no território. Mesmo nas atividades cotidianas, é vital nutrir e desenvolver uma cultura política participativa. Investir na criação

de espaços concretos onde a população possa exercer seu papel de maneira crítica e propositiva em relação à sua realidade de saúde é essencial.

A EPS deve contribuir não apenas para os processos organizativos do SUS, mas também para que gestão e atenção à saúde se orientem pelo humanismo. O fortalecimento da participação social na APS ocorrerá na medida em que incorporarmos a abordagem comunitária como parte essencial das ações e serviços. Essa abordagem envolve a articulação e organização de um contato intencional entre profissionais e protagonistas da comunidade, criando espaços para diálogo e intercâmbio de informações e experiências. É urgente entender a abordagem comunitária como uma estratégia para potencializar o trabalho na APS e dinamizar a promoção e vigilância em saúde, construindo essas ações em parceria com as pessoas do território.

A promoção e a vigilância em saúde devem ser desenvolvidas de forma compartilhada, reconhecendo que na comunidade existem diversos grupos e instituições com saberes e experiências que podem contribuir significativamente para o cuidado em saúde (Cruz *et al.*, 2024). Ações de educação e orientação sobre a terapia medicamentosa tem proporcionado benefícios para a promoção da saúde da população, sendo fundamental a inserção deste profissional junto a equipe de saúde, na perspectiva de tornar visível o trabalho do farmacêutico para o usuário e demais profissionais da unidade de saúde.

O recente avanço no Brasil em direção a uma abordagem profissional nos cuidados de saúde, que liga o farmacêutico à atividade clínica, juntamente com as orientações da Organização Mundial da Saúde, abre espaço para novas experiências. A ênfase em estudos qualitativos, com a participação de profissionais de saúde, demonstra um reconhecimento da vivência desses trabalhadores. Para transformar o trabalho, é fundamental construir a perspectiva dos profissionais, uma abordagem que tem orientado pesquisas no campo da saúde coletiva.

Tradicionalmente, o farmacêutico é um especialista em medicamentos e suas técnicas. Os dados revelam que, na atenção primária, as atividades mais comuns estão ligadas aos aspectos gerenciais e assistenciais, podendo

ser divididas em duas áreas: a tecnologia de gestão de medicamentos e a tecnologia do seu uso.

Definir claramente as atribuições do farmacêutico na APS é um passo crucial para direcionar sua atuação, enfrentando a falta de objetivos claros sobre suas atividades nesse contexto. Os termos “atenção farmacêutica”, “cuidado farmacêutico” e “serviços farmacêuticos” são frequentemente utilizados para descrever o trabalho do farmacêutico com usuários dos serviços de saúde, mas há uma necessidade de padronização das nomenclaturas no Brasil. Tal uniformização não apenas promoveria maior divulgação das funções do farmacêutico, mas também facilitaria o entendimento para aqueles que buscam se aprofundar no assunto. Recentemente, documentos do Ministério da Saúde passaram a usar o termo cuidado farmacêutico, que engloba ações de educação em saúde, promoção da saúde e uso racional de medicamentos, incluindo atividades clínicas e pedagógicas. Essa abordagem pode incentivar a adoção do termo em pesquisas e na organização dos serviços farmacêuticos. O trabalho em equipe é fundamental para resolver problemas relacionados a medicamentos, o que, por sua vez, melhora a qualidade de vida dos usuários. Estudos na APS ressaltam a importância da interdisciplinaridade para a efetivação do princípio da integralidade.

Para isso, é necessário investir na articulação entre as profissões, integrando novos saberes e práticas, ao mesmo tempo que se preservam as especificidades de cada área, superando a fragmentação nos serviços. Embora ainda sejam escassos os relatos de experiências sobre o trabalho farmacêutico, esses já revelam desafios. Há um consenso de que a escassez de farmacêuticos na APS, a falta de reconhecimento desses profissionais como parte da equipe e a incerteza sobre suas atribuições contribuem para sua invisibilidade nesse contexto. O sucesso da colaboração em equipes interdisciplinares depende da compreensão mútua sobre as competências de cada profissional.

Experiências internacionais, como a da Inglaterra, mostram que, apesar de uma nova interação com os clínicos gerais, os farmacêuticos ainda se sentem não integrados às equipes. Eles frequentemente não têm acesso

a registros de pacientes, e outras categorias profissionais podem resistir a entender a importância da participação do farmacêutico. Contudo, esses novos relacionamentos precisam ser cultivados, o que leva tempo. À medida que o farmacêutico se integra à equipe, seu trabalho começa a ser reconhecido. A formação profissional deve receber atenção especial, uma vez que pode ajudar a romper com o isolamento do farmacêutico.

É crucial oferecer uma educação que prepare esses profissionais para atuar em equipe e desenvolver atividades de cuidado farmacêutico, permitindo um novo olhar sobre o usuário e a prevenção de problemas relacionados a medicamentos. A intervenção do farmacêutico em educação e aconselhamento sobre terapias medicamentosas têm demonstrado benefícios significativos para a promoção da saúde, especialmente em um contexto de transição demográfica e epidemiológica que demanda atenção ao envelhecimento da população. Fortalecer a gestão das unidades e incluir o farmacêutico no planejamento da equipe são fatores importantes para fortalecer os serviços farmacêuticos na APS. Uma boa gestão de recursos humanos, aliada ao reconhecimento do valor do farmacêutico no processo de cuidado, é essencial para a organização dos serviços.

A atuação do farmacêutico no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) representa uma estratégia valiosa para aprimorar a qualidade da APS, permitindo ao farmacêutico qualificar a atenção integral e potencializar ações colaborativas com outros profissionais. Para atender às novas exigências do trabalho, mudanças na formação profissional estão sendo implementadas, reconhecendo que a educação contínua é um desafio não apenas para farmacêuticos, mas para todos os profissionais da APS. Os trabalhadores estão no centro das ações de saúde, e, por isso, investir na melhoria das condições de trabalho, em uma gestão democrática e na formação adequada é fundamental para capacitá-los a enfrentar os desafios da saúde pública. Esses desafios devem ser discutidos entre as equipes de saúde e as instâncias de gestão do SUS.

A OMS tem promovido a construção de planos de ação focados em planejamento, gestão e formação, visando criar um ambiente favorável ao

desenvolvimento de competências, evitando a culpabilização do farmacêutico por tarefas realizadas em consonância ou não com o contexto da APS. Com base nos resultados encontrados, algumas conclusões podem ser traçadas: ainda há necessidade de sistematizar a experiência do farmacêutico na APS; estudos que permitam entender não apenas as ações desenvolvidas, mas também as escolhas profissionais no contexto em que estão inseridos, são essenciais para dar visibilidade a esse profissional e construir a assistência farmacêutica no SUS. Os dados analisados mostram que há uma apropriação crescente de normas que orientam a prática profissional, indicando um caminho a seguir para fortalecer a integração do farmacêutico na equipe, impulsionado pelas recentes mudanças institucionais e normativas. Além das dificuldades atuais, os pesquisadores estão focando nas potencialidades para a prática profissional, voltando seu olhar para um futuro em construção. (Barberato; Scherer; Lacourt, 2019).

Considerações finais

Ainda são necessárias ações que possibilitem o desenvolvimento de práticas de cuidado farmacêutico, permitindo compreender os elementos da discussão e problematização dos resultados encontrados e desenvolver nos integrantes uma postura ativa frente ao seu cotidiano. As ações de educação em saúde favorecem que tanto os profissionais quanto os usuários da atenção primária à saúde possam compartilhar experiências, para lidar com as dificuldades e as complexidades inerentes ao ciclo do medicamento.

As oficinas educativas tornam-se uma importante estratégia para a promoção da educação em saúde dentro da perspectiva do cuidado farmacêutico, uma vez que podem ser realizadas no próprio local de atendimento dos usuários do serviço de saúde, podendo ou não se utilizar de recursos áudio visuais e tem a chance de fácil divulgação. É importante ressaltar que toda ação será exequível com o apoio da gestão. Sugere-se a realização de outros estudos nesta temática para aprofundamentos das questões levantadas na produção científica investigada no presente trabalho.

Referências

- AMARANTE, L. F. *et al.* Perfis profissionais e práticas educativas de saúde bucal na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 48, n. 140, p. e8535, 2024.
- BARBERATO, L. C. *et al.* O farmacêutico entre o trabalho prescrito e o real na Atenção Primária à Saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 20, p. e00279181, 2022.
- BARBERATO, L. C.; SCHERER, M. D. D. A.; LACOURT, R. M. C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 10, p. 3717–3726, out. 2019.
- CANDAU, V. M. F.; SACAVINO, S. B. Educação em direitos humanos e formação de educadores. **Educação & Sociedade**, v. 36, n. 1, 2013.
- CRUZ, P. J. S. C. *et al.* Educação popular em saúde: princípios, desafios e perspectivas na reconstrução crítica do país. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 28, p. e230550, 2024.
- FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n. spe1, p. 208–223, set. 2018.
- FERREIRA, L. *et al.* Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 43, n. 120, p. 223–239, mar. 2019.
- FITTIPALDI, A. L. D. M.; O'DWYER, G.; HENRIQUES, P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, p. e200806, 2021.
- MACHADO, F. C. D. A. *et al.* Integração ensino-serviço como mediadora de experiências de comunicação em saúde na comunidade. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, 29 dez. 2020.
- MACHADO, J. D. F. F. P. *et al.* Educação Permanente no cotidiano da Atenção Básica no Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 104, p. 102–113, mar. 2015.
- MACHADO, R. *et al.* Oficina educativa para profissionais da Atenção Primária à Saúde como estratégia para promover alimentação complementar saudável no Acre, Amazônia brasileira. **Saúde em Debate**, v. 46, n. spe5, p. 270–283, dez. 2022.
- MACRUZ, A. A educação permanente como meio de desenvolvimento das práticas clínicas do farmacêutico no âmbito hospitalar. In: SANTOS, G. B. (ed.). **Atenção Primária em Saúde e os desafios para a formação Lato Sensu e Qualificação Profissional**: 1ª Jornada Acadêmica do Lato Sensu e Qualificação Profissional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, RJ: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2023. p. 14.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- PASSOS, J. de A.; FIRMINO, V. H. N.; ARRAIS, A. da R. Oficina de sensibilização e instrumentalização para Atenção Primária à Saúde Mental na gestação e puerpério. **Saúde em Debate**, v. 31, out. 2020.
- SOUZA, M. T. D.; SILVA, M. D. D.; CARVALHO, R. D. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, mar. 2010.

MODELO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: IMPLEMENTAÇÃO/ FUNCIONAMENTO EM UNIDADES MILITARES

Bruno Cardoso do Nascimento
Danielle Amaral de Freitas
Katerine Moraes dos Santos
Ana Maria Bezerra Bandeira

RESUMO

INTRODUÇÃO: As Forças Armadas possuem um sistema de saúde próprio, com particularidades que asseguram atendimento integral aos militares assim como aos seus dependentes. No Sistema de Saúde da Aeronáutica, apesar dos avanços reconhecidos ao longo de oito décadas, o sistema ainda não encontrou seu modelo ideal. Para aprimorar a qualidade e a integralidade da assistência prestada, foi imperioso rever o modelo de atenção à saúde para uma proposta reestruturante, orientada e focada nos atributos da Atenção Primária à Saúde.

OBJETIVO: Dessa forma, propôs-se analisar a produção científica acerca do modelo de atenção à saúde em unidades militares na perspectiva da APS.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa de revisão integrativa que utilizou-se das bases de dados Pubmed, Web of Science e Scielo, utilizando a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto).

RESULTADOS: Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram identificados 11 estudos, todos relacionados ao Sistema de Saúde Militar dos Estados Unidos. Tal fato não permite uma análise abrangente das ações realizadas no contexto da saúde militar em nível global, apesar disso, os achados indicam que os pilares da APS são fundamentais para a qualificação da assistência prestada aos beneficiários, corroborando a importância dos atributos da APS na perspectiva do compromisso com o indivíduo e a coletividade nos cuidados em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: hospitais militares; serviço de saúde militar; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The Armed Forces have their own healthcare system, with particularities that ensure comprehensive care for soldiers as well as their dependents. In the Air Force Health System, despite the advances recognized over eight decades, the system has not yet found its ideal model. To improve the quality and completeness of the care provided, it was imperative to review the health care model for a restructuring proposal, oriented and focused on the attributes of Primary Health Care. **OBJECTIVE:** Therefore, it was proposed to analyze the scientific production about the health care model. health care in military units from the PHC perspective. This is an integrative review research that used the Pub Med, Web of Science and Scielo databases, using the PCC (Population, Concept and Context) strategy. **RESULTS:** After applying the inclusion and exclusion criteria, 11 studies were identified, all related to the United States Military Health System. This fact does not allow for a comprehensive analysis of the actions carried out in the context of military health at a global level, despite this, the findings indicate that the pillars of PHC are fundamental for the qualification of assistance provided to beneficiaries, corroborating the importance of PHC attributes from the perspective commitment to the individual and the community in health care.

KEYWORDS: military hospitals; military health service; Primary Health Care.

Introdução

Os sistemas de atenção à saúde caracterizam-se como o conjunto de ações destinadas a promover, restaurar e manter a saúde de uma população, com o objetivo de alcançar o mais alto nível de bem-estar, assegurando equidade e proteção contra riscos para as pessoas beneficiadas (OMS, 2008). Isso inclui o acolhimento humanizado e a oferta de serviços seguros, eficazes

e eficientes (Mendes, 2011). As Forças Armadas possuem um sistema de saúde próprio, com particularidades que asseguram atendimento integral aos militares da ativa e da reserva, assim como aos seus dependentes. Os hospitais militares seguem princípios adaptados às necessidades específicas de cada Força, combinando infra-estrutura própria com a assistência civil por meio de convênios previamente estabelecidos (Camara, 2019).

O Sistema de Saúde da Aeronáutica (SISAU) pode ser compreendido como um conjunto de ações e de serviços organizados, com a finalidade específica de prestar cuidados e de promover a saúde de seus beneficiários, num escopo que engloba os três níveis de atenção: primário, secundário e terciário (Brasil, 2019).

Alguns modelos de saúde continuam a priorizar o atendimento a condições e eventos agudos, provenientes de agudizações de condições crônicas, de forma pontual e fragmentada. Esse modelo já se mostrou inadequado para o enfrentamento do cenário que se apresenta à saúde no Século XXI. A necessidade de mudança é consequência de um somatório de causas, especialmente em virtude da transição demográfica, epidemiológica e tecnológica, além de outros condicionantes relacionados a aspectos históricos peculiares e também a fatores gerais inerentes ao mercado da saúde no país (Brasil, 2021).

Diversos países, incluindo o Brasil, têm incentivado a Atenção Primária à Saúde (APS) como modelo de saúde preferencial, buscando substituir o enfoque individual e hospitalocêntrico, frequentemente presente nos sistemas de saúde nacionais, por um modelo voltado para ações preventivas, de caráter coletivo e com base territorial definida (Fausto; Matta, 2023). A APS caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, além do diagnóstico, tratamento e reabilitação, voltadas para indivíduos e coletividade. Constitui-se a principal porta de entrada do Sistema de Saúde, sendo o ponto de contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação de toda a Rede de Atenção à Saúde (Brasil, 2012).

No âmbito do SISAU, este tem um amplo escopo: preventivo, assistencial, pericial e operacional. Apesar dos avanços obtidos e reconhecidos ao longo de

oito décadas e de alcançar a satisfação dentre os beneficiários, o SISAU ainda não encontrou seu modelo mais adequado de assistência (Brasil, 2019, 2020). Nesse escopo, para aprimorar a qualidade e a integralidade da assistência prestada, torna-se imperioso rever o modelo de atenção à saúde para uma proposta reestruturante, orientada e focada nos atributos da Atenção Primária à Saúde.

Diante desse contexto, o presente estudo propõe, como objetivo, a análise do conhecimento produzido sobre o modelo de atenção à saúde em unidades militares na perspectiva da APS.

Metodologia

Este estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura científica norteadada pela seguinte pergunta: “Quais estudos abordam o modelo de Atenção Primária à Saúde em unidades militares de saúde?”. Para responder à questão foram realizadas buscas na base de dados Pubmed, Web of Science (WOS), Scielo acessada pela Web of Science, utilizando a estratégia PCC (População, Conceito e Contexto), sendo considerada a População: o serviço de saúde militar, Conceito: sistema de saúde e o Contexto: a Atenção Primária à Saúde.

Utilizou-se as bases de dados PubMed, Web of Science, Scielo acessada pela Web of Science com os seguintes termos de MeSH Terms (Medical Subject Headings) e sinônimos para montagem da estratégia de busca: “Hospitals, Military”, “Military Health Services” e “Primary Health Care” e os seguintes termos alternativos (entry terms) “Hospitals,Military”, “Hospital,Military”, “Military Hospital*”, “Hospital,Navy”, “Navy Hospital*”, “Hospitals, Navy”, “Hospitals, Air Force”, “Air Force Hospital”, “Hospital, Air Force”, “Air Force Hospitals”, “Hospitals, Army”, “Hospitals,Navy”, “Hospitals, Air Force”, “Air Force Hospital*”, “Hospital, Air Force”, “Hospitals, Army”, “Military Health Services”, “Health Service, Military”, “Service, Military Health”, “Military Health System”, “Military Health Service”, “Health System, Military”, “Military Health Systems”, “System, Military Health”, “Care, Primary”, “Care, Primary Health”, “Health Care, Primary”, “Healthcare, Primary”, “Primary Care” e “Primary Healthcare”.

Na combinação dos termos, foram utilizados os operadores booleanos OR, para integração, e AND, para diferenciação (Quadro 1). Não foram aplicados filtros para o período, nem para o idioma das publicações. Como resultado, obteve-se 457 ocorrências entre março e setembro de 2024. No pubmed a busca foi realizada com os MeSH Terms (Medical Subject Headings) nos campos título e resumo, enquanto que Web of Science, Scielo foi escolhida a busca em todos os campos.

Quadro 1. Estratégia de busca usada na base de dados e o quantitativo de artigos encontrados

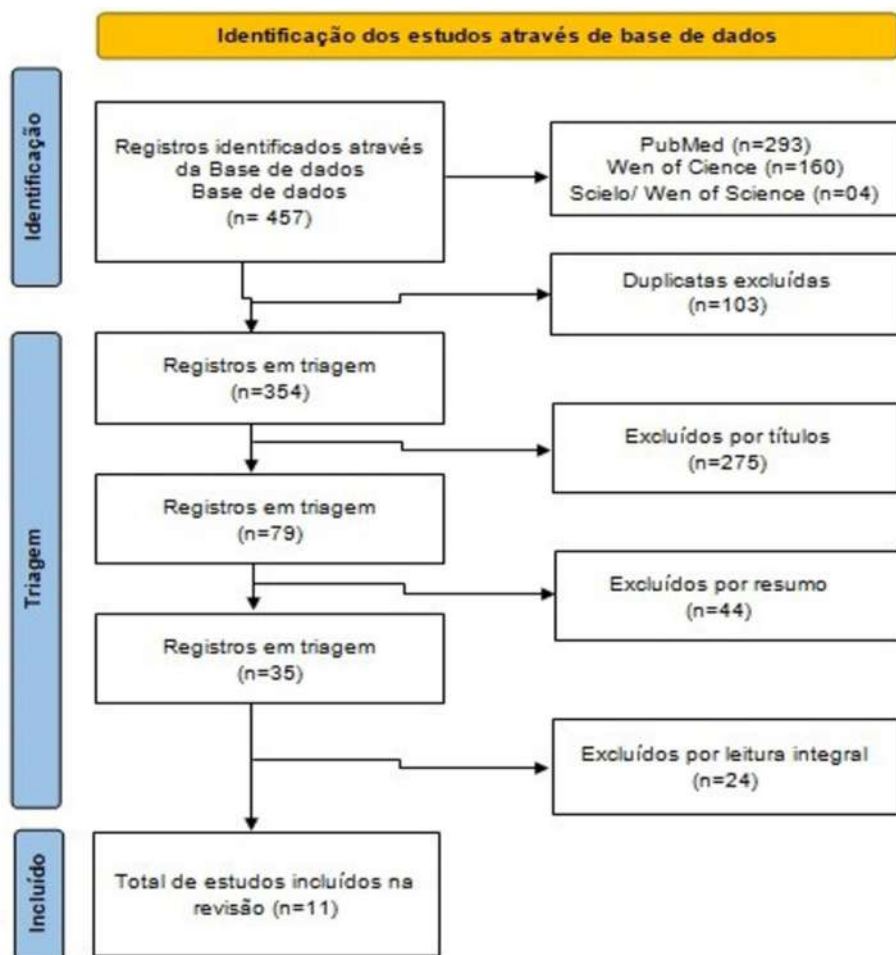
Base de Dados	Estratégia PCC	Ocorrências
PubMed	("Hospitals, Military"[Mesh] OR "Hospitals, Military"[Tiab] OR "Hospital, Military"[Tiab] OR "Military Hospital*"[Tiab] OR "Hospital, Navy"[Tiab] OR "Navy Hospital*"[Tiab] OR "Hosp Navy"[Tiab] OR "Hospitals, Air Force"[Tiab] OR "Air F Hospital"[Tiab] OR "Hospital, Air Force"[Tiab] OR "Air F Hospitals"[Tiab] OR "Hospitals, Army"[Tiab] OR "Hospitals, Navy"[Tiab] OR "Hospitals, Air Force"[Tiab] OR "Air F Hospital*"[Tiab] OR "Hospital, Air Force"[Tiab] OR "Hosp Army"[Tiab] OR "Military Health Services"[MeSH] OR "Health Service, Military"[Tiab] OR "Service, Military Health"[Tiab] OR "Military Health System"[Tiab] OR "Military Health Service"[Tiab] OR "Health System, Military"[Tiab] OR "Military Health Systems"[Tiab] OR "System, Military Health"[Tiab]) AND ("Primary Health Care"[MeSH] OR "Care, Primary"[Tiab] OR "Care, Primary Health"[Tiab] OR "Health Care, Primary"[Tiab] OR "Healthcare, Primary"[Tiab] OR "Primary Care"[Tiab] OR "Primary Healthcare"[Tiab])	293 resultados
Web of Science	("Hospitals, Military" OR "Military Hospital*" OR "Navy Hospital*" OR "Hospitals, Navy" OR "Hospitals, Air Force" OR "Hospital, Air Force" OR "Hospitals, Army" OR "Hospitals, Navy" OR "Hospitals, Air Force" OR "Air Force Hospital*" OR "Hospital, Air Force" OR "Hospitals, Army" OR "Military Health Services" OR "Health Service, Military" OR "Service, Military Health" OR "Military Health System*" OR "Health System, Military" OR "System, Military Health") AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")	160 resultados
SciELO	("Hospitals, Military" OR "Military Hospital*" OR "Navy Hospital*" OR "Hospitals, Navy" OR "Hospitals, Air Force" OR "Hospital, Air Force" OR "Hospitals, Army" OR "Hospitals, Navy" OR "Hospitals, Air Force" OR "Air Force Hospital*" OR "Hospital, Air Force" OR "Hospitals, Army" OR "Military Health Services" OR "Health Service, Military" OR "Service, Military Health" OR "Military Health System*" OR "Health System, Military" OR "System, Military Health") AND ("Primary Health Care" OR "Care, Primary" OR "Care, Primary Health" OR "Health Care, Primary" OR "Healthcare, Primary" OR "Primary Care" OR "Primary Healthcare")	04 resultados

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na elegibilidade, o critério de inclusão foram artigos com textos completos e de livre acesso a base de dados que abordavam sobre unidades de saúde militares. E foram excluídos os artigos que não trouxeram informações sobre a Atenção Primária à Saúde. Restrições relacionadas ao período, abordagem do estudo, idioma e país não foram feitas para maior abrangência e percepção do cenário.

Para esquematizar a triagem dos resultados, utilizou-se a ferramenta fluxograma PRISMA 2020 (Figura 1). O fluxograma PRISMA é uma representação visual do processo completo de busca e seleção dos artigos nas bases de dados. Ele abrange desde o início, indicando o número de artigos encontrados com a aplicação das estratégias de busca em cada base, até o fim, detalhando a quantidade de artigos incluídos na amostra da revisão.

Figura 1. Fluxograma prisma adaptado da revisão integrativa



Fonte: Fluxograma PRISMA 2020 – adaptado.

As estratégias utilizadas resultaram inicialmente em 457 publicações: 293 Pubmed, 160 WOS, 04 Scielo. As 103 duplicatas foram removidas utilizando o Zotero. A análise dos títulos e resumos utilizaram os critérios de inclusão e exclusão, resultando em 35 para leitura integral. A seleção final contou com 11 artigos para a análise qualitativa para esta revisão integrativa.

Os artigos foram lidos na íntegra e a extração dos dados das informações realizada através de instrumento de coleta de dados. A análise de todos os

achados da revisão integrativa, bem como os demais documentos utilizados para compor este estudo foram categoricamente citados e referenciados, respeitando os aspectos éticos para a análise proposta, sem necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa, por tratar-se de dados de domínio público.

Resultados

Baseado no instrumento de coleta de dados criado os achados da revisão integrativa de literatura foram os seguintes: títulos, autores, periódicos, ano, objetivo, metodologia, resultados e conclusão (Quadro 2).

Quadro 2. Quadro Sinóptico dos achados da pesquisa

Nº	TÍTULO/AUTOR/PERIÓDICO	OBJETIVO	METODOLOGIA	RESULTADOS	CONCLUSÃO
1	“Caracterização e comparação dos padrões de utilização de consultas de cuidados primários entre beneficiários do Sistema de Saúde Militar Americano (MHS)” (Self et al. [2022], Military Medicine)	Caracterizar e comparar os padrões de utilização de consultas de cuidados primários entre beneficiários do Sistema de Saúde Militar Americano (MHS). Compreender as tendências de utilização de consultas de cuidados primários dos subgrupos demográficos no MHS.	Estudo transversal	A taxa de utilização de consultas de cuidados primários na população estudada foi de 3,3 consultas por pessoa-ano, com variações entre os diferentes subgrupos demográficos. Mulheres em serviço ativo apresentaram as maiores taxas de utilização dentro de suas respectivas categorias. A taxa bruta de utilização foi de 4,7 visitas por pessoa-ano.	As tendências de utilização da atenção primária são diferentes entre os subgrupos demográficos, com jovens, idosos e mulheres em serviço ativo apresentando maiores taxas de utilização. Esses dados sugerem que a inscrição de 1.100 a 1.300 pacientes por médico de atenção primária em tempo integral é apropriada, embora as conclusões devam ser interpretadas com cautela devido às limitações do estudo.

2	“Protegendo a cultura de um lar médico centrado no paciente” (Dorrance et al. [2013], Military Medicine)	Descrever e categorizar tensões e conflitos culturais dentro de um Lar Médico Centrado no Paciente (PCMH) no Centro Médico Naval Nacional e fornecer lições aprendidas para combater essas preocupações.	Entrevista semiestruturada	As tensões culturais foram identificadas em quatro áreas principais: Conflitos concorrentes percebidos dentro do PCMH. Resistência individual aos valores do PCMH. Conflitos internos na equipe ameaçando a aculturação dos valores do PCMH. Ameaças à cultura por parte de stakeholders externos.	A implementação do Lar Médico Centrado no Paciente é promissora, mas traz novos desafios e mudanças culturais. O período-chave para estabelecer uma nova cultura não é o início da transformação, mas seu estágio final, quando novos padrões comportamentais precisam se tornar normativos. Durante esse processo, é essencial fortalecer os funcionários contra retrocessos a métodos antigos e improdutivos.
---	---	---	-----------------------------------	---	--

3	“Casa Médica Centrada no Paciente vs. Casa Médica do Soldado: comparando a continuidade e comunicação no Exército dos EUA” (Taylor-Clark et al. [2023], Military Medicine)	Comparar os processos de atendimento entre as PCMHs (Patient-Centered Medical Homes) e as SCMHs (Soldier-Centered Medical Homes) do Exército dos EUA. Analisar as diferenças na continuidade e comunicação durante residências médicas.	Estudo transversal correlacional	Não houve diferença significativa no acesso a consultas realizadas no mesmo dia ou futuras, nem na percepção dos soldados sobre o acesso e a continuidade do gestor da atenção primária (AP) entre PCMHs e SCMHs. Houve diferença na continuidade da equipe médica domiciliar ($p = 0,001$), com os SCMHs apresentando melhor desempenho. Não houve nenhum sinal de diferença significativa nas pontuações relacionadas à comunicação centrada no paciente. Embora os modelos PCMH e SCMH tenham sido projetados para melhorar a continuidade, o gerente de atenção primária e o acesso aos cuidados permanecem essenciais para a medicina militar. As equipes do Exército dos EUA não atendem consistentemente aos padrões de referência do Military Health System (MHS) para esses processos de cuidado.	Comparando três processos críticos, sugere-se que diferenças estruturais podem impactar a continuidade, mas não o acesso aos cuidados ou a comunicação. Há uma oportunidade para explorar ainda mais e melhorar o acesso às consultas em horários convenientes, a atuação do gerente da atenção primária, a continuidade da equipe médica domiciliar, a percepção do acesso ao cuidado e a qualidade da comunicação centrada no paciente entre os soldados. O conhecimento adquirido com este estudo é essencial para a medicina militar.
---	---	--	---	--	--

4	“Um modelo de atenção primária centrado no paciente no Exército” (Lewis e Holcomb [2021], Military Medicine)	Avaliar um projeto piloto com um método de prestação de serviços de cuidados primários em um ambiente militar, centrado no paciente.	Estudo descritivo	Quando comparados com a clínica familiar padrão, os pacientes do estudo piloto conseguiram acessar com maior frequência a clínica de família ($p < 0,05$), foram menos atendidos em situações de urgência ($p < 0,05$) e tiveram menor taxa de não comparecimento ($p < 0,001$) para consultas agendadas. Os provedores puderam ver seus próprios pacientes com maior frequência ($p < 0,05$) e praticamente todos os dados de saúde melhoraram: rastreamento de câncer cervical e colorretal, controle de lipoproteína de baixa densidade e rastreio/ mamografia do câncer de mama.	Os resultados sugerem que uma mudança na equipe e no atendimento centrado no paciente pode melhorar significativamente o acesso ao atendimento ambulatorial e a manutenção da saúde da população.
---	---	---	--------------------------	---	--

5	“Lar médico centrado no paciente no sistema de saúde militar” (Marshall et al. [2011], Military Medicine)	Fornecer um relato de caso dos processos envolvidos na implementação do PCMH em ambientes militares pode oferecer informações sobre as considerações adicionais necessárias neste contexto, incluindo a comparação com ambientes civis.	Relato de caso	A Marinha, a Força Aérea e o Exército estão implementando versões do PCMH, o que inclui o uso de tecnologias para melhoria da documentação, melhor gestão da doença, melhor comunicação entre as equipes de cuidados e os pacientes, além de maior acesso aos cuidados. O MHS incentiva o desenvolvimento e a manutenção dessas práticas, mas, em termos de financiamento, ele continua limitado pelas necessidades orçamentárias externas.	Embora o PCMH tenha potencial para reduzir custos e melhorar a qualidade dos cuidados, não deve ser considerada a solução definitiva ou rápida para resolver os problemas do sistema de saúde. O PCMH pode melhorar e conectar várias partes do sistema (atenção primária, especialistas, hospitais e serviços comunitários), mas são necessários mais estudos para determinar se é realmente o modelo que pode melhorar os serviços de saúde e acomodar as necessidades dos pacientes nos próximos anos.
---	--	--	-----------------------	--	--

6	“Examinando associações entre realocação, continuidade de cuidado e satisfação do paciente em contextos militares” (Gleason e Kenneth [2022], Military Medicine)	Examinar o impacto dos movimentos de provedores de cuidados primários na continuidade dos cuidados, analisar a relação entre as mudanças de provedores e a continuidade do cuidado e investigar a associação dessa continuidade com a satisfação do paciente.	Pesquisa quali-quantitativa	As pontuações de continuidade de cuidado diminuíram à medida que o número de movimentações e mudanças de provedores aumentaram. A satisfação do paciente foi significativamente associada à relação paciente-provedor e ao estado de saúde. Cônjuges insatisfeitos geralmente estão insatisfeitos com seus provedores de saúde. No entanto, a duração do relacionamento com o provedor não apresentou associação significativa com a satisfação. A maioria dos comentários sobre assistência médica militar foi negativa.	Nenhum estudo havia sido realizado anteriormente para determinar se os beneficiários do sistema de saúde militar estavam mais satisfeitos com os cuidados recebidos do que seus equivalentes civis. A interrupção do cuidado é um problema constante para as famílias militares, podendo impactar a satisfação e levar a piores resultados de saúde. Embora a cultura militar não permita limitar deslocamentos, os resultados indicam a necessidade de tomar medidas para promover relações duradouras e de confiança com os provedores de cuidados primários, visando melhorar a satisfação do paciente.
---	---	--	------------------------------------	--	---

7	“O lar médico centrado no paciente: um estudo de caso na transformação do sistema de saúde militar” (Hudak et al. [2013], Military Medicine)	Descrever a implementação do modelo no MHS, analisar o impacto do PCMH nos principais processos de atenção primária e discutir as lições aprendidas, bem como propor recomendações para melhorar o desempenho dos cuidados de saúde.	Estudo de caso	Até janeiro de 2012, 2,28 milhões de beneficiários receberam cuidados em clínicas PCMH. Além disso, 44 práticas do MHS PCMH foram reconhecidas pelo Comitê Nacional de Garantia de Qualidade (NCQA), sendo 93% delas classificadas no nível 3. O estudo destacou o impacto positivo do modelo no desempenho do MHS, incluindo melhor continuidade e maior satisfação geral com os cuidados de saúde, além de uma redução anual de 39% no uso do pronto-socorro.	Até janeiro de 2012, 2,28 milhões de beneficiários receberam cuidados em clínicas PCMH. Além disso, 44 práticas do MHS PCMH foram reconhecidas pelo Comitê Nacional de Garantia de Qualidade (NCQA), sendo 93% delas classificadas no nível 3. O estudo destacou o impacto positivo do modelo no desempenho do MHS, incluindo melhor continuidade e maior satisfação geral com os cuidados de saúde, além de uma redução anual de 39% no uso do pronto-socorro.
8	“Consultas de acesso aberto em clínicas de atenção primária do Exército” (Aiello [2005], Military Medicine)	Examinar os estágios de concepção, análise e implementação de um modelo de acesso aberto em clínicas de cuidados primários do Exército.	Estudo de caso	O modelo de acesso aberto reduz o acúmulo de consultas e aumenta a capacidade de agendamento, levando a um aumento da satisfação do paciente e à redução dos custos de saúde. Também melhora a continuidade dos cuidados, evitando visitas desnecessárias.	Para implementar o acesso avançado com sucesso, é necessário que administradores de clínicas conduzam uma análise aprofundada de sua verdadeira demanda e recursos disponíveis. Equipes com forte comprometimento com a mudança são capazes de converter para um modelo de acesso aberto que aumenta a satisfação de pacientes, administradores e prestadores de serviços.

9	“Continuidade do cuidado e satisfação do paciente em uma clínica de medicina de família no Exército” (Morgan et al. [2004], Military Medicine)	Examinar o impacto da continuidade do cuidado na satisfação do paciente. Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa que analisou os fatores que influenciam a satisfação do paciente em uma clínica de medicina de família no Exército, investigando a relação entre continuidade de longo prazo e satisfação com o provedor de cuidados primários.	Pesquisa quali-quantitativa	A taxa de resposta foi de 68,3%. A pesquisa revelou que a satisfação do paciente estava associada às taxas de continuidade de longo prazo, sendo 23% atribuída à satisfação com o provedor e 17% à facilidade de marcar consultas. Para usuários frequentes da clínica (mais de 6 visitas/ano), 78% da satisfação foi determinada pela satisfação com o provedor e pelas taxas de continuidade de longo prazo. Contudo, um subconjunto de pacientes (13%) valorizou a escolha de outros profissionais e flexibilidade para mudar de provedor.	A satisfação do paciente é particularmente associada à continuidade para usuários frequentes. Embora a continuidade seja importante, alguns pacientes valorizam a capacidade de consultar diferentes profissionais, priorizando o horário da consulta ou outros prestadores, em vez de manter a continuidade com o mesmo provedor. A satisfação não diminuiu nesse grupo, apesar da baixa continuidade de longo prazo ($P < 0,05$ para todos os resultados).
---	---	---	------------------------------------	--	---

10	“A reengenharia do Hospital Naval de Charleston” (Étienne e Langerberg, [1996]).	Descrever a reengenharia do H Naval de Charleston.	Estudo de caso	O Hospital Naval de Charleston foi reprojetoado para melhorar a prestação de serviços de saúde. Práticas de grupos com várias especialidades melhoram o acesso e a qualidade do atendimento aos pacientes. Profissionais de nível médio aumentaram a eficiência no tratamento de doenças menores. O sistema centralizado de consultas simplificou o fluxo de atendimento ao paciente. Trabalho em equipe e flexibilidade foram cruciais para a reengenharia bem-sucedida.	A reengenharia é específica para cada instalação de tratamento militar. Cada instalação deve avaliar cuidadosamente suas necessidades com base em um plano de negócios sólido. As mudanças implementadas devem ser avaliadas por meio de medidas específicas de eficácia. Correções e ajustes não devem ser vistos como derrotas, mas como parte do processo. A medicina militar deve considerar ideias novas e inovadoras se quiser permanecer competitiva.
----	---	---	-----------------------	--	---

11	“Saúde comportamental no Departamento de Defesa do Lar Médico Centrado no Paciente: história, finanças, políticas, desenvolvimento da força de trabalho e avaliação” (Hunter e Goodie [2012], Translational Behavioral Medicine)	Discutir os fundamentos históricos, o financiamento, as políticas e as estratégias de desenvolvimento da força de trabalho que contribuíram para que o atendimento à saúde comportamental integrado se tornasse uma obrigação como componente do PCMH do MHS.	Estudo de caso	Os serviços integrados de saúde comportamental melhoram os resultados médicos domiciliares centrados no paciente. Há alta satisfação do paciente relatada com os cuidados prestados por profissionais de saúde comportamental. O financiamento inicial é crucial para uma implementação bem-sucedida. É necessário treinamento especializado para os profissionais de saúde comportamental no PCMH.	O MHS ainda tem um longo caminho a percorrer para concretizar os resultados pretendidos dos serviços de saúde comportamental integrados e colaborativos no PCMH. Ainda há muito trabalho a ser feito na contratação e treinamento de pessoal, no estabelecimento de questões e metodologias de avaliação, no desenvolvimento de mecanismos padronizados de coleta de dados e na adaptação às consequências inesperadas desse esforço.
----	--	---	----------------	---	---

Fonte: Elaborado pelos autores.

Todas as publicações encontradas foram em inglês, abordando o Sistema de Saúde Militar dos Estados Unidos. Não foram encontradas pesquisas com o tema da Atenção Primária à Saúde relacionada em nenhuma das Forças Armadas Brasileiras (Marinha, Exército e Aeronáutica). Os achados da revisão integrativa de literatura totalizam onze, publicadas entre 1996 e 2023, sendo a maioria, nove delas, na *Revista Military Medicine* (Revista Medicina Militar) uma na *Journal of the American Board of Family Medicine* (Revista do Conselho Americano de Práticas Familiares) e uma no *Translational behavioral medicine* (Medicina Comportamental Translacional).

Discussão

Sete artigos da nossa revisão abordam o modelo *Patient-Centered Medical Home*/Lar Médico Centrado no Paciente (PCMH), principal iniciativa na reforma do sistema de cuidados primários do *Military Health System*/Sistema de Saúde Militar Americano (MHS): Hudak, (2013), Marshall *et al.* (2011), Self *et al.* (2020), Lewis e Holcomb (2012), Hunter e Goodie (2012), Dorrance *et al.* (2003) e Taylor-Clark *et al.* (2023). Nos outros artigos, dois falam sobre a importância da continuidade do cuidado relacionados à satisfação dos beneficiários (Gleason; Kenneth, 2017; Morgan *et al.*, 2004), um sobre acesso avançado (Aiello, 2005) e outro descreve a reestruturação do modelo assistencial em um hospital militar para um modelo de atenção primária, todos relacionados ao Sistema de Saúde Militar Americano (Étienne; Langerberg, 1996).

O PCMH é um modelo de atenção primária que visa prestar cuidados de qualidade, coordenado, abrangente e econômico. O seu objetivo é melhorar a qualidade do atendimento, aumentar o acesso, reduzir a utilização do serviço e controlar os custos. O programa depende da construção de um forte relacionamento paciente-provedor e do uso de uma abordagem de atendimento baseada em equipe para aumentar a continuidade e o acesso. A equipe de saúde é multiprofissional, composta por médicos, enfermeiros, coordenadores de cuidado, técnicos, funcionários administrativos e serviços comunitários (Marshall, 2011).

A implementação do PCMH do Sistema de Saúde Militar Americano é descrita como iniciativa potente transformadora do sistema de prestação de cuidados primários em um modelo mais integrado e abrangente. Seu objetivo geral é oferecer assistência médica de alta qualidade, acessível e com boa relação custo-benefício para os beneficiários do MHS (Hudak, 2013).

O modelo PCMH baseia-se em práticas de cuidados primários que são lideradas pelo provedor e apoiadas por uma equipe de prática altamente eficiente e colaborativa, capacitada para operar no topo de seus respectivos

conjuntos de habilidades usando medicina baseada em evidências e tecnologia de suporte à decisão. Este modelo transformador de cuidados tem o potencial de melhorar a experiência de cuidados de saúde ao fornecer continuidade de cuidados, gestão proativa da saúde baseada na população, serviços preventivos e de bem-estar e suporte para autogestão do paciente, ao melhorar a comunicação entre o paciente, o provedor de cuidados de saúde e a equipe de cuidados de saúde (Hudak, 2013).

O conceito de cuidado do PCMH foi inicialmente introduzido pela Academia Americana de Pediatria em 1967 e, em 2002, foi adotado pela especialidade de Medicina de Família como parte do projeto “Futuro da Medicina de Família”. Em setembro de 2009, o Gabinete do Secretário Assistente de Defesa orientou a implementação do PCMH em todo o MHS, consolidando-o como a base para o modelo de cuidados primários. Embora Exército, Marinha e Força Aérea possam adaptar a implementação do PCMH de acordo com suas políticas específicas, os princípios gerais, requisitos e indicadores de desempenho do PCMH no MHS permanecem os mesmos (Hudak, 2013).

Em 2009, para impulsionar a melhoria contínua do processo, aprovou-se uma metodologia de avaliação padrão, ou seja, os Padrões do Comitê Nacional de Garantia de Qualidade (NCQA), que descrevem as principais características necessárias para que uma prática se qualifique como um lar médico, tendo como meta para 2016, 100% das práticas de atenção primária reconhecidas pela NCQA. Em janeiro de 2012, 2,8 milhões de beneficiários se inscreveram nas práticas do PCMH (Hudak, 2013).

Na prática o PCMH responsabiliza-se por toda a população e todas as necessidades de cuidados de saúde dos pacientes, incluindo cuidados agudos, cuidados crônicos, serviços preventivos e cuidados de fim de vida. As práticas adotam o conceito de centralidade no paciente, que inclui permitir a livre escolha do provedor, garantir consultas rápidas e reduzir os tempos de espera, com base em suas necessidades específicas de serviço. Cada prática deve abordar as necessidades de sua população de pacientes, conforme cultura local, localização geográfica e características dos beneficiários (Hudak, 2013).

Dessa forma, é enfatizado sete princípios do PCMH: (1) Acesso aprimorado, (2) relacionamento contínuo entre pacientes e seus prestadores de cuidados primários e cuidados por equipes, (3) equipe liderada por médicos, (4) cuidados durante todas as fases da vida, (5) cuidado coordenado e/ou integrado, (6) qualidade e segurança (planos de cuidados individualizados, ferramentas de apoio à decisão baseadas em evidências, coleta e relatórios de qualidade dados de melhoria, uso de TI e certificação voluntária de práticas como lares médicos) e (7) pagamento reconhece o valor agregado de serviço (Marshall *et al.*, 2011; Hudak, 2013).

Dentre alguns pontos importantes dentro do modelo PCMH, um estudo buscou caracterizar e comparar a taxa de utilização de consultas de atenção primária no MHS. A taxa de utilização encontrada de toda a população, definida como todas as consultas divididas por todos os pacientes, foi de 3,31 consultas por pessoa-ano, sendo essa taxa maior em mulheres militares da ativa e em beneficiários jovens e mais velhos (Self *et al.*, 2020).

Na literatura têm-se relatos que o número ideal de pacientes seria de 1.100 a 1.300 beneficiários por provedor em tempo integral no PCMH. Esse número é apropriado e acomoda uma taxa de utilização de aproximadamente 3,1 a 3,8, embora certamente os tamanhos dos painéis em instalações militares e clínicas individuais devam ser adaptados às considerações locais exclusivas, bem como à demanda de populações específicas de pacientes atendidos (Self *et al.*, 2020).

Devido às tendências de utilização de cuidados primários serem de fato diferentes entre diferentes subgrupos demográficos dentro do Sistema de Saúde Militar é importante políticas e práticas de inscrição estruturadas. É importante realizar inscrição personalizada para diferentes subgrupos demográficos dentro do MHS (Self *et al.*, 2020).

Lewis e Holcomb (2012) trazem para a discussão a escassez de pesquisas realizadas sobre a presença da enfermagem na equipe de cuidados primários dentro do MHS. Os autores descrevem um projeto piloto, onde, uma enfermeira registrada e uma enfermeira gerente de caso, foram incluídas e somados ao prestador de cuidados primários, formando assim, a equipe

de gerenciamento de pacientes, tornando-se todos igualmente responsivos e responsáveis pelo grupo de pacientes cadastrados. Como resultado tiveram melhoras nas taxas de utilização e na taxa de satisfação dos pacientes, assim como, nas taxas de não comparecimento. O grupo piloto foi capaz de gerenciar um número maior de pacientes, além de, melhoria do acesso, da continuidade do provedor e do paciente e a manutenção da saúde da população.

Contribuindo com o achado acima, no qual a inclusão de outras categorias profissionais, tendem melhorar os cuidados em saúde, uma avaliação da integração de serviços de saúde comportamental no modelo PCMH, que incluiu provedores de saúde comportamental e facilitadores de cuidado (principalmente psicólogos) para fornecer cuidados integrados e colaborativos, focados em casos de ansiedade e depressão em pacientes de cuidados primários, demonstrou experiências positivas. Isso resultou em uma melhora nos desfechos de saúde da população, na satisfação dos beneficiários e na experiência de cuidado (incluindo qualidade, acesso e confiança), além de uma gestão mais eficiente dos custos per capita dos cuidados de saúde. Embora o MHS ainda tenha desafios consideráveis na implementação de serviços de saúde comportamental integrados, é importante destacar que a contratação e o treinamento adequados de pessoal são cruciais para o sucesso. Além disso, o apoio financeiro, especialmente no início, é fundamental para a sustentabilidade do programa, e a presença de profissionais qualificados desempenhando papéis de liderança é essencial para o desenvolvimento do programa (Hunter; Goodie, 2012).

Outro achado da revisão descreve uma série de conflitos culturais relacionados à transformação e à manutenção de uma prática bem-sucedida em uma PCMH. As preocupações dos profissionais das equipes de saúde com a erosão cultural e a possível volta a padrões tradicionais são reais, tornando a preservação dessa nova cultura um desafio (Dorrance *et al.*, 2013).

Dessa forma, os autores destacam várias intervenções que podem ajudar a evitar artefatos culturais que prejudiquem a implementação e manutenção do PCMH. Entre as recomendações estão à necessidade de clareza e o fortalecimento

dos valores, treinamento de liderança focado em atuar em ambientes de equipe e/ou como líderes, seleção e contratação de profissionais qualificados, implementação de sistemas de avaliação profissional, retenção seletiva de pessoal, mecanismos de fortalecimento de equipe e resolução de conflitos, além de um maior suporte gerencial. Também é sugerida a construção de alianças com as partes interessadas em áreas de valores compartilhados (Dorrance *et al.*, 2003).

Outro artigo analisou a frequência com que as transferências entre instalações militares e a rotatividade de provedores de cuidados primários estão associadas à continuidade do cuidado e a satisfação do paciente em cônjuges de militares. Segundo os autores as famílias militares se mudam com uma frequência três vezes maior que as famílias de civis. Essas transferências frequentes dificultam a navegação no sistema de saúde militar, tornando especialmente desafiador estabelecer e manter um relacionamento duradouro com um provedor de cuidados primários, devido a descontinuidade do atendimento (Gleason; Kenneth, 2017).

O estudo identifica então que a satisfação do paciente está significativamente associada à continuidade do cuidado e ao número de mudanças do provedor, assim como, as pontuações de continuidade do cuidado foram significativamente menores à medida que o número de mudanças de provedores aumentou. Outro dado relevante mostra que pacientes que se consideram com boa saúde tendem demonstrar maior satisfação com o serviço de saúde. Os autores concluem que, devido à importância da continuidade do cuidado e da satisfação do paciente na avaliação da qualidade da APS, melhorar ambos os aspectos deve ser uma prioridade para os gestores do sistema de saúde militar (Gleason; Kenneth, 2017).

Corroborando para a continuidade do cuidado e a satisfação do paciente, Morgan *et al.* (2004) descreveram em sua pesquisa realizada em uma clínica de medicina de família do Exército que determinantes importante da satisfação do paciente está correlacionada com a escolha do horário da consulta, facilidade de agendamento, continuidade do cuidado e satisfação com o provedor de cuidados primários

Outro achado interessante revela que, para os usuários de clínicas de alta frequência (> 10 visitas/ano), a continuidade do cuidado foi mais importante do que o acesso. Nesse grupo, a satisfação está fortemente ligada à constância em ver o mesmo provedor, com cerca de 75% da satisfação explicada pela combinação da afinidade com o profissional e a continuidade a longo prazo. Em contraste, para os usuários de baixa frequência, a satisfação está associada à facilidade de acesso e marcação de consulta. Isso pode ser atribuído ao fato de que os pacientes frequentes provavelmente sofrem de condições médicas crônicas, enquanto os mais jovens, saudáveis e trabalhadores, com agendas ocupadas, priorizam a rapidez no agendamento em horários convenientes (Morgan *et al.*, 2004)

Ademais, encontra-se informações explicando que os beneficiários do Sistema de Saúde Militar Americano geralmente não têm a opção de escolher seu provedor, sendo este designado. Recomenda-se que os provedores de cuidados primários foquem na continuidade do cuidado para pacientes de alto uso, que possuem mais condições crônicas e podem se beneficiar significativamente dessa abordagem. Para famílias jovens e saudáveis, o foco deve ser no acesso rápido e fácil, já que suas visitas são menos frequentes, sugerindo o modelo de acesso avançado como uma alternativa adequada (Morgan *et al.*, 2004).

Coincidentemente o achado de Aiello (2005), em seu estudo sobre o modelo de acesso avançado em clínicas de Atenção Primária no Exército, observou que aproximadamente 70% das clínicas ainda utilizam o sistema tradicional de agendamento de consultas, o qual, por sua natureza, gera atrasos nos atendimentos médicos e falta de continuidade nos cuidados. Apesar de muitos profissionais e gestores acreditarem que esses problemas estejam relacionados à escassez de recursos, diversos estudos indicam o contrário.

A mudança do atual sistema de agendamento do Exército para o modelo de acesso avançado representa uma mudança de paradigma que envolve a educação tanto dos provedores quanto dos beneficiários. O acesso avançado elimina o conceito atual de tipos de agendamento definidos e requisitos de triagem, permitindo que o paciente defina quando deseja comparecer.

Diferente do modelo tradicional, que protege a capacidade atual ao agendar a maioria das consultas no futuro, o acesso aberto protege a capacidade futura ao fazer o trabalho de hoje, no mesmo dia (Aiello, 2005).

Clínicas que convertem de 50 a 60% de todas as consultas de pacientes em consultas no mesmo dia e garantem que os beneficiários possam “ver seu médico quando quiserem ser atendidos” aumentam a satisfação do paciente, fazendo com que mantenha os beneficiários no sistema de atenção primária do Exército. O modelo permite que os pacientes, e não um tipo de consulta, definam a necessidade de atendimento, ao mesmo tempo que permite que os prestadores se concentrem em seus pacientes agrupados, em vez de em um agendamento de consultas. Um sistema de agendamento capaz de atender às necessidades dos prestadores e dos médicos está relacionado com o aumento da qualidade do atendimento, maior acesso e custos mais baixos (Aiello, 2005).

Dessa forma, para cumprir os princípios de custo, qualidade e acesso, o sistema de atendimento deve garantir a continuidade, ou seja, assegurar que o paciente seja atendido pelo mesmo provedor, além de oferecer capacidade, ou disponibilidade nas agendas dos profissionais. Essa continuidade é essencial para que o provedor conheça profundamente os problemas de saúde do paciente, estando assim mais preparado para tratá-los adequadamente Morgan *et al.* (2004), Aiello (2005) e Gleason e Kenneth (2017).

No estudo de Taylor-Clark *et al.* (2023), que teve como objetivo comparar estrutura e processos de atendimento (acesso ao atendimento, continuidade do gerente de atenção primária e comunicação centrada no paciente) entre a Clínica Médica Centrada no Paciente (PCMHs) e a Clínica Médica Centrada no Soldado (SCMHs) do Exército dos EUA. Os SCMH diferem nos modelos de pessoal para cuidados primários, já visto anteriormente, pois fornecem serviços de cuidados primários para soldados da ativa dentro de sua unidade operacional. Como resultados, sugerem que os PCMHs e SCMHs do Exército dos EUA não estão consistentemente atendendo aos padrões de referência de assistência do MHS para continuidade do gerente de assistência primária, acesso a consultas em 24 horas e comunicação centrada no paciente.

Um fato interessante que merece destaque no estudo são as recomendações que segundo Hudak (2013), ajudam a garantir a implementação bem-sucedida de PCMHs futuros: (1) mudanças culturais necessárias como: pacientes assumir a responsabilidade por sua saúde e participar ativamente da prestação de seus cuidados de saúde e os prestadores adotarem uma cultura de mudança e melhoria contínua em suas respectivas organizações; (2) medidas de desempenho do PCMH devem ser monitoradas e colocadas em prática pelos membros da equipe; (3) composição da equipe do PCMH deve variar com base nas necessidades da população de pacientes; (4) a produtividade em um PCMH pode não ser semelhante a outras clínicas por causa do tipo e das expectativas dos pacientes e das demandas organizacionais; (5) recomendado aprimoramento das comunicações fornecendo informações às principais partes interessadas, utilizando de preferência as tecnologias atuais; (6) um sistema de pagamento incentivado pode aumentar a obtenção de níveis mais altos de qualidade e resultados de assistência médica, (7) recomendado que um enfermeiro registrado seja designado como coordenador de cuidados com a responsabilidade de se reunir com cada paciente para revisar o plano de cuidados do paciente; (8) aumentar a atenção em populações em risco de desenvolver condições crônicas, dado que comportamentos de saúde precários são os principais impulsionadores dos custos de assistência médica, é recomendado que o PCMH seja o ponto focal para buscar agressivamente a prevenção primária por meio da modificação de comportamento.

Mudanças na prática médica, aliadas à redução de custos e do contingente militar, exigiram a busca de alternativas à estrutura tradicional de um hospital militar. O Hospital Naval de Charleston adotou um modelo de saúde baseado na Atenção Primária, o que demandou novos paradigmas de pensamento para sua implementação. Foi necessário reformular e reconstruir as filosofias de atendimento aos pacientes. Observa-se que grupos de práticas com diversas especialidades melhoram o acesso e a qualidade do atendimento, profissionais de nível médio contribuem para a eficiência no tratamento de doenças menos graves, e o trabalho em equipe e a flexibilidade são fundamentais para o sucesso da implementação do novo modelo (Ètienne; Langerberg, 1996).

Pesquisas recentes indicam que o modelo PCMH tem potencial de resolver algumas deficiências do atual sistema de saúde do MHS. Essa abordagem equilibrada foca na prontidão militar, nos resultados de saúde da população e na experiência do paciente, além de buscar a redução do custo per capita. O resultado pode levar à transformação do sistema de prestação de serviços de saúde militar, atendendo de forma mais eficaz às necessidades de seus beneficiários (Hudak, 2013).

Conclusão

Considera-se que este estudo atingiu o objetivo de identificar a literatura disponível sobre implementação e funcionamento de unidades militares de saúde utilizando o modelo de APS. Destaca-se que todos os artigos analisados abordam o Sistema de Saúde Militar dos Estados Unidos, evidenciando uma lacuna na literatura científica em relação ao tema em outros países, bem como no Brasil. Tal fato não permite uma análise abrangente das ações realizadas no contexto da saúde militar em nível global. Apesar disso, a partir da análise das publicações foi possível observar um cenário positivo após a adoção do modelo da APS em sistemas de saúde militar. Os achados da pesquisa indicam que os pilares da APS são fundamentais para a qualificação da assistência prestada aos beneficiários, corroborando a importância dos atributos da APS na perspectiva do compromisso com o indivíduo e a coletividade nos cuidados em saúde.

Embora a APS tenha potencial para reduzir custos e melhorar a qualidade dos cuidados, não deve ser considerada a solução definitiva ou rápida para resolver os problemas de um sistema de saúde. São necessários estudos com novas abordagens ou estratégias relacionadas à implantação e ao fluxo do cuidado em unidade de saúde militares, ou ainda, é preciso que sejam divulgadas as experiências positivas na prática, e se estas têm realmente a capacidade de melhorar a assistência prestada aos beneficiários, entendendo que esta é a ‘peça-chave’ de toda a organização do serviço.

Referências

AIELLO, K. Open access appointing in Army primary care clinics. **Military medicine**, v. 170, n. 5, p. 370-374, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.7205/milmed.170.5.370>. Acesso em: 23 Set 2024.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando-Geral de Pessoal. Portaria COMGEP nº 200/ALE, de 27 de outubro de 2021. Aprova a edição da Norma de Sistema que dispõe sobre a Estratégia de Atenção Integral à Saúde (AIS) = NSCA 160-19. **Boletim de Comando da Aeronáutica**, Rio de Janeiro, 2021.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando-Geral de Pessoal. Portaria COMGEP nº 111/ALE, de 30 de dezembro de 2020. Aprova a edição da Norma para Prestação da Assistência Médico-Hospitalar no SISAU = NSCA 160-05. **Boletim de Comando da Aeronáutica**, Rio de Janeiro, 2020.

BRASIL. Comando da Aeronáutica. Comando-Geral do Pessoal. Portaria COMGEP nº 31/DSC, 18 de novembro de 2019. Aprova a edição da Diretriz que estabelece a reestruturação do Sistema de Saúde da Aeronáutica = DCA 11-126. **Boletim de Comando da Aeronáutica**, Brasília, DF, 2019.

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

CAMARA, E. A. R. **Organizações dos Sistemas de Saúde no Brasil**: Modelos de Comparação. 2019. 28 p. Monografia (Especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares) – Escola de Saúde do Exército, 2019. Disponível em: <https://bdex.eb.mil.br/jspui/handle/123456789/5240>. Acesso em: 24 Set 2024.

DORRANCE, K. A. *et al.* Protecting the culture of a patient-centered medical home. **Military medicine**, v. 178, n. 2, p. 153-158, 2013.

ÉTIENNE, H. B.; LANGERBERG, S. L. The reengineering of Naval Hospital Charleston. **Military Medicine**, v. 161, n. 12, p. 726-727, 1996.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. (orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007, p. 43-67. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4).

GLEASON, J. L.; KENNETH, H. B. Examining Associations Between Relocation, Continuity of Care, and Patient Satisfaction in Military Spouses. **Military medicine**, v. 182, n. 5, p. 1657-1664, 2017.

HUDAK, R. P. *et al.* The patient-centered medical home: a case study in transforming the military health system. **Military medicine**, v. 178, n. 2, p. 146-152, 2013.

HUNTER, C. L.; GOODIE, J. L. Behavioral health in the Department of Defense Patient-Centered Medical Home: history, finance, policy, work force development, and evaluation. **Translational behavioral medicine**, v. 2, n. 3, p. 355-363, 2012.

LEWIS, P. C.; HOLCOMB, B. A model for patient-centered Army primary care. **Military medicine**, v. 177, n. 12, p. 1502-1507, 2012.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: OPAS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 23 Set 2024.

MARSHALL, R. C. *et al.* Patient-centered medical home: an emerging primary care model and the military health system. **Military medicine**, v. 176, n. 11, p. 1253-1259, 2011.

MORGAN, E. D. *et al.* Continuity of care and patient satisfaction in a family practice clinic. **The Journal of the American Board of Family Practice**, v. 17, n. 5, p. 341-346, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: A atenção primária à saúde: agora mais do que nunca. Brasília: OMS; 2008.

SELF, A. *et al.* Characterization and Comparison of Primary Care Appointment Utilization Patterns Among Military Health System Beneficiaries. **Military medicine**, v. 185, n. 11-12, p. 2137-2142, 2020.

TAYLOR-CLARK, T. M. *et al.* Patient Vs. Soldier-Centered Medical Home: Comparing Access, Continuity, and Communication in the U.S. Army. **Military medicine**, v. 188, n. 5-6, p. 1232-1239, 2023.

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 978-65-5462-168-7

