GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
FABIANA TURINO
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
THIAGO DIAS SARTI
ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

DIFERENÇA OU REPETIÇÃO

GESTÃO E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA

ORGANIZAÇÃO:
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
FABIANA TURINO
JEANINE PACHECO MOREIRA BARBOSA
THIAGO DIAS SARTI
ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

VITÓRIA – ES
2026

DIFERENÇA OU REPETIÇÃO

Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

A Série tem como objetivo disseminar experiências, iniciativas no âmbito do trabalho e pesquisas em saúde, com ênfase na dimensão das práticas que as compõem. Pretende um diálogo intenso dos saberes produzidos e postos em circulação com o campo da gestão do trabalho e da educação na saúde no cotidiano das instituições e dos territórios. Trata-se de conhecimento produzido em ato por diferentes pessoas, que pede diálogos interdisciplinares e com campos epistêmicos diversos para desenvolver o trabalho em saúde, seja na atenção e na gestão, no ensino e na participação em saúde. O desenvolvimento das práticas e dos saberes aqui é proposto como deslocamento, como movimento, para qualificar a atuação em redes e serviços, no trabalho e na gestão, no ensino e na educação na saúde, assim como em diferentes movimentos sociais. A série pretende compor metaforicamente rodas de conversa sobre temas relevantes para a produção da saúde em práticas, experiências e pesquisas, convidando novas interlocuções. A Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde tem coordenação editorial de: Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Gabriel Calazans Baptista (Brasil), Lisiane Bôer Possa (Brasil) e Vincenza Pellegrino (Itália).

G393m

Gestão e práticas em saúde coletiva: Diferença ou repetição / Maria Angélica Carvalho Andrade; Rita de Cássia Duarte Lima; Fabiana Turino; Jeanine Pacheco Moreira Barbosa; Thiago Dias Sarti; Ana Claudia Pinheiro Garcia; Eliane de Fátima Almeida Lima (Organizadores) – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2025.

664 p. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 71).

E-book: PDF.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-5462-225-7

DOI 10.18310/9786554622257

1. Saúde coletiva. 2. Gestão em saúde. 3. Atenção primária. 4. Educação permanente. I. Título. II. Assunto.

III. Organizadores.

NLM WA 546

CDU 614

VITÓRIA – ES
2026

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 15

SEÇÃO 1: ENTRADA NO LABIRINTO: CONSTRUINDO TRILHAS CONFIÁVEIS POR MEIO DA EDUCAÇÃO E CAMINHOS METODOLÓGICOS

1. O EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO CICLO DE POLÍTICAS DE STEPHEN BALL 22
Erika Maria Sampaio Rocha, Pablo de Almeida Boiteux, Thiago Dias Sarti e Maria Angélica Carvalho Andrade

2. PRÁTICAS DO CRITÉRIO GLOBAL CUIDADO AMIGO DA MULHER: *SCOPING REVIEW* 44
Wânia Ribeiro Trindade, Thais de Andrade Godoi Gonzaga de Almeida, Greyce Pollyne Santos Silva Minarini, Karine Ribeiro Nunes da Pureza, Eliane de Fátima Almeida Lima e Cândida Caniçali Primo

3. A ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DE OFICINA NA IMPLEMENTAÇÃO TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE OS EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO 74
Rosimere de Carvalho Lessa, Maria Helena da Costa Amorim, Cândida Caniçali Primo, Kelly Christiny da Costa, Karla de Melo Batista e Maria Edla de Oliveira Bringuente

4. O RELAXAMENTO DIMINUI O NÍVEL DE ANSIEDADE EM GESTANTE DE ALTO RISCO 100
Rosimere de Carvalho Lessa, Maria Helena da Costa Amorim, Cândida Caniçali Primo, Tulio Alberto de Figueiredo, Kelly Christiny da Costa, Karla de Melo Batista e Maria Edla de Oliveira Bringuente

5. GAMIFICAÇÃO NO ENSINO-APRENDIZAGEM SOBRE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO PARA GRADUANDOS DE ENFERMAGEM 122
Maycon Carvalho dos Santos, Cândida Caniçali Primo, Amanda da Silva Costa, Mara Rejane Barroso Barcelos, Vanezia Gonçalves da Silva, Larissa Hélida da Silva e Silva Biazatti e Eliane de Fátima Almeida Lima

6. MODELOS DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO APLICADOS À AMAMENTAÇÃO: REVISÃO DE ESCOPO 142
Greyce Pollyne Santos Silva Minarini, Thamires Fontoura Cantalejo, Michelle Anne de Oliveira Batista Salgueiro, Camila Medeiros Cruvinel Cunha, Laís Caetano Silva, Ana Paula Gomes da Cruz, Eliane de Fátima Almeida Lima e Cândida Caniçali Primo

7. DESENHO ANIMADO SOBRE CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO: PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES 170
Dayana Pereira Justiniano, Cândida Caniçali Primo, Elizangela Sant'Anna da Silva, Thais da Rocha Cicero Pinto, Roseane Vargas Rohr e Eliane de Fátima Almeida Lima

8. GERENCIAMENTO DAS PESQUISAS CLÍNICAS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO DE ESCOPO 188
Vanezia Gonçalves da Silva, Cândida Caniçali Primo, Ana Paula Gomes da Cruz, Julia Marina Siman Dias, Maycon Carvalho dos Santos e Eliane de Fátima Almeida Lima

9. REFLEXÃO SOBRE O PENSAMENTO DE PAULO FREIRE NO CUIDADO, GESTÃO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM 226
Maria Edla de Oliveira Bringuente, Cândida Caniçali Primo, Ivone Evangelista Cabral, Julia da Silva Papi Diniz, Michele da Silva e Edna Castro de Oliveira

SEÇÃO 2: FIANDO CAMINHOS (IM)POSSÍVEIS PARA FORA DO LABIRINTO: PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

10. OUVIDORIA E SEUS PILARES PARA UM SUS PARTICIPATIVO E MAIS DEMOCRÁTICO 252
Rafael Vulpi Caliari e Maria Angélica Carvalho Andrade

11. ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO FINANCIAMENTO 266
Nicolli Ribeiro de Jesus, Welington Serra Lazarini, Francis Sodré, Jandesson Mendes Coqueiro e Sarah Pimentel Rodrigues

12. ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ES 284
Marilene Gonçalves França e Adriana Ilha da Silva

13. ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO: CARACTERÍSTICAS E HISTÓRICO DOS CONTRATOS DE GESTÃO FIRMADOS ENTRE 2008-2016 312
Lorena Estevam Martins Fernandes, Fabiana Turino e Francis Sodré

14. ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA ESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA DA UNIDADE DE GESTÃO DA PESQUISA – CENTRO DE PESQUISAS CLÍNICAS DO HUCAM-UFES/ EBSERH 332
Vanezia Gonçalves da Silva, Cândida Caniçali Primo, Gabriela Gimenez Faustino Ilana, Luis Carlos Alves de Oliveira, Julia Marina Siman Dias e Eliane de Fátima Almeida

15. EM TEMPOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: UMA ABORDAGEM PARA A COMUNICAÇÃO A PARTIR DO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO 356
Paola Pinheiro Bernardi Primo, Michele Nacif Antunes, Adauto Emmerich Oliveira, Eliane de Fátima Almeida Lima e Cândida Caniçali Primo

16. HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL 370
Adriana Drummond de Aguiar, Camila Lampier Lutzke, Caroline Rodrigues Thomes, Sandra de Vasconcellos Schmidt e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

SEÇÃO 3: APONTANDO PISTAS SOBRE A TRILHA: REFLEXÕES COLETIVAS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

17. A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS 402

Deise Berger Velten, Maria Angélica Carvalho Andrade e Maria Helena Monteiro de Barros Miotto

18. PRINCIPAIS FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA OBESIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA 432

Ana Claudia Pinheiro Garcia, Marcelo Eliseu Scipione e Eliane de Fátima Almeida Lima

19. ACESSO E UTILIZAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESPÍRITO SANTO A PARTIR DA ÓTICA DAS USUÁRIAS: SOB ANÁLISE TEÓRICA DE MCINTYRE E MOONEY 454

Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa, Franciéle Marabotti Costa Leite, Dherik Fraga Santos e Rita de Cássia Duarte Lima

20. VANTAGENS E DESAFIOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA 478
Greyce Pollyne Santos Silva Minarini, Cândida Caniçali Primo, Paula Bourguignon Esteves, Michelle Anne de Oliveira Batista Salgueiro, Márcia Valeria de Souza Almeida, Camila Medeiros Cruvinel Cunha, Angélica Espinosa Barbosa Miranda e Eliane de Fátima Almeida Lima

21. AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 HOSPITALIZADOS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO 514
Sheila Cristina de Souza Cruz, Tatiane Comério, Eliane de Fátima Almeida Lima, Maria Angélica Carvalho Andrade, Cândida Caniçali Primo, Dilzilene Cunha Sivirino Farias, Willer França Fiorotti e Luciene Rossatti Loureiro

22. AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL 524
Andressa Tomazini Borghardt, Cândida Caniçali Primo, Eliane de Fatima Almeida Lima, Fabricia Barcellos Souza Moro, Hilmara Aparecida de Jesus Maioli, Lohayne Grund Rocha Miranda e Rosemeire Andreatta

23. DESENHO PARA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS ESTADOS BRASILEIROS 544
Lorena Ferreira, Carolina Dutra Degli Esposti e Marly Marques da Cruz

24. O GOVERNO DE SI E DOS OUTROS TECENDO MODELAGEM DE GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA 584
Heletícia Scabelo Galavote, Rita de Cássia Duarte Lima, Túlio Batista Franco, Thiago Nascimento, João Paulo Cola, Letícia Molino Guidoni, Leticya dos Santos Almeida Negri, Maria Angélica Carvalho Andrade e Eliane de Fátima Almeida Lima

25. ENTRE DADOS, SILÊNCIOS E INSUBMISSÕES: ESCREVIVÊNCIAS E LETRAMENTO RACIAL EM SAÚDE EM UM RELATO DE EXPERIÊNCIA 614
Marcos Vinicius da Silva Cordeiro, Ethel Leonor Noia Maciel, Maria Angélica Carvalho Andrade e Rita de Cássia Duarte Lima

APRESENTAÇÃO

É possível produzir diferença naquilo que se repete, assim como diz o poeta: repetir, repetir, repetir, até fazer diferente!
MERHY et al., 2010[1]

Este livro foi escrito a muitas mãos, que não se limitam às mãos das/os autoras/es destes capítulos. Na verdade, essas mãos foram instrumentos para a voz de todas/os aquelas/aqueles que direta ou indiretamente participaram da construção desse conhecimento. Assim, podemos dizer que esta obra é constituída por muitas histórias de docentes e discentes com seus parceiros de escrita e pesquisa, na relação com o Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), vinculado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES).

Todas as experiências aqui relatadas, assim como as articulações teóricas delas decorrentes, se passaram no campo da Saúde Coletiva, sendo a expressão daquilo que normalmente não encontra tempo e/ou lugar para ser dito. Assim como nos volumes anteriores da Série Interlocuções Práticas, Experiência e Pesquisa em Saúde, os capítulos contêm não só a história e os fundamentos conceituais da experiência desenvolvida, mas também os temas desenvolvidos na dinâmica dos

1. Merhy, E. E.; Feuerwerker, L. C. M.; Cerqueira, M. P. Da repetição à diferença: Construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: A. G., Silva; V. C. Ramos; V., Damasceno (Orgs.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

grupos e os resultados dos trabalhos apresentados nas defesas finais das teses e dissertações.

Certamente, ao identificar padrões de eventos ou comportamentos que atravessam diferentes histórias, podemos estabelecer conexões mais profundas entre elas. A narrativa mítica, em particular, fornece pontos de referência sólidos que nos guiam nesse labirinto de histórias interconectadas. Desse modo, podemos pensar nessas referências como fios que, como no mito de Ariadne[2], nos liberta do labirinto, entendido, a partir dessa metáfora, como a incapacidade de colocar em análise aquilo que nos atravessa no campo da Saúde Coletiva.

Impulsionados pela força dessa metáfora, organizamos o livro em três partes que, longe de fragmentar a produção, busca orientar o leitor, acompanhando-o, como um fio de Ariadne, na busca de vestígios e pistas que possam criar linhas de fuga do labirinto das repetições, buscando a diferença e a singularização na produção da Gestão e Prática em Saúde Coletiva. O resultado nos leva a uma análise micropolítica das produções coletivas, que, ao serem consideradas em sua totalidade de múltiplos aspectos históricos e políticos, não se encaixam em categorias pré-determinadas e não podem ser limitadas por modelos ou conceitos preestabelecidos[3].

A Saúde Coletiva requer o trabalho com pessoas, que pode ser metaforizado como a entrada em um labirinto. Assim como não existem sujeitos imutáveis através do tempo e da história, também não existe uma única rota certa a seguir. É importante estar atento aos sinais expressos no processo saúde-doença-cuidado, uma vez que a intensa objetificação e a concentração no corpo físico negligenciam diversos outros aspectos que são fundamentais para a existência e que não são considerados ou abordados, tanto na análise da situação quanto nas tentativas de resolvê-la. O fio de Ariadne é uma metáfora útil para gestão das práticas de saúde, pois não existe um modelo rígido, mas sim uma trilha confiável. Assim

2. No mito, Ariadne dá a Teseu um novelo de lã para que ele possa marcar a saída do labirinto e, assim, livra seu amado das garras do Minotauro. BRANDÃO, J. S. **Mitologia Grega.** Volume III. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.
3. LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa.** Rio de Janeiro: NAPE/UERJ, 1993.

como a lã, as relações humanas e profissionais em saúde são flexíveis e podem quebrar se forem tensionadas demais.

Por isso, nesta obra, o fio de Ariadne inicia pelos capítulos que tratam da importância da Educação/Formação em Saúde e da escolha metodológica, trazendo reflexões sobre as mudanças na formação médica a partir da análise de programas como o "Mais Médicos" e o "Cuidado Amigo da Mulher" e contribuindo com inovações nas estratégias pedagógicas, como o uso de práticas de relaxamento com gestantes; a adoção da gamificação no ensino-aprendizagem na graduação de enfermagem; os modelos de tradução do conhecimento aplicados à amamentação; o uso de desenho animado sobre cuidados com o recém-nascido prematuro; e a utilização do pensamento de Paulo Freire no cuidado, gestão e educação em enfermagem. O mito de Ariadne demonstra a importância do planejamento para a gestão e prática em saúde! Todavia é necessário reconhecer que ter uma trilha para seguir não exclui outros caminhos e possibilidades. Por isso, qualquer planejamento e estratégia deve considerar a necessidade de adaptação e a existência de planos alternativos durante a execução das ações[43].

Seguindo pelo labirinto, o fio nos conduz para a segunda parte do livro, trazendo reflexões, sempre coletivas, sobre Planejamento e Gestão em Saúde. Inicia-se com um capítulo que resgata a importância da ouvidoria como instrumento de participação social, através da comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde, contribuindo para o fortalecimento do SUS e da democracia no Brasil. Diante do desafio de estabelecer prioridades para a efetivação das políticas públicas de saúde, os capítulos seguintes apresentam análises relacionadas ao gerenciamento da Saúde em momentos de crise, como a pandemia de covid-19, e dos instrumentos orçamentários e de planejamento da saúde em um município. Em seguida, o fio nos guia aos capítulos que buscam saídas para labirintos, como a atuação das Organizações Sociais em Saúde (OSS) na gestão dos serviços estaduais de saúde; a administração de uma unidade de pesquisa em um hospital universitário; e a comunicação e suas interfaces com o

4. QUIRINO, R. O Fio de Ariadne e a Gestão de Pessoas. [versão 2]. Professor Régio Quirino (Linkedin), 2021 Disponível em: https://pt.linkedin.com/pulse/o-fio-de-ariadne-e-gestao-pessoas-regio-quirino.

território em tempos de emergências em Saúde Pública. Finalizando a segunda parte da obra, temos um histórico sobre as Políticas de Saúde Bucal no Brasil, apresentando a jornada percorrida até aqui.

Quase chegando na saída do labirinto, a terceira e última parte do livro traz a Avaliação de Programas, Serviços e Políticas de Saúde desde uma perspectiva formativa. A partir do acompanhamento de práticas já implantadas, reflete-se sobre o processo saúde-doença-cuidado, apontando pistas sobre a trilha, a fim de produzir novas reflexões e caminhos possíveis. Iniciando com a avaliação das políticas de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros, o fio de Ariadne nos convida a refletir sobre os principais fatores que influenciam na adesão ao tratamento da obesidade; o acesso e a utilização aos serviços de saúde da Atenção Primária no Espírito Santo a partir da ótica das usuárias; e as vantagens e desafios para a implantação da iniciativa Hospital Amigo da Criança. Na sequência, são avaliados programas e serviços direcionados aos pacientes com diagnóstico de covid-19 hospitalizados do município de Vitória (ES); e a cultura de segurança do paciente em um hospital universitário a partir da percepção da equipe multiprofissional. No contexto avaliativo e desafiador da saúde, o fio de Ariadne encontra com uma proposta de avaliação de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária nos estados brasileiros e com uma análise sobre as modelagens de gestão do trabalho, por meio da investigação das práticas e técnicas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros. Ainda nesse labirinto de situações complexas e desafiadoras, propõe-se uma reflexão sobre como a racialidade opera na política pública de saúde e como a escuta, a memória e a ancestralidade podem orientar práticas antirracistas no Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim como Teseu contou com auxílio de Ariadne para derrotar o Minotauro e escapar do Labirinto, agradecemos a contribuição de todas as autoras que participaram dessa obra. Do total de 78 autores, 66 são mulheres: discentes, docentes e pesquisadoras que muito têm contribuído para o avanço da Saúde Coletiva no Brasil. Mesmo reconhecendo o atravessamento das questões de gênero no trabalho relacionado ao cuidado, lembramos que, para uma gestão em saúde potente, é preciso o investimento e a união de todas/todes/todos.

Na complexidade do mundo em que nos encontramos, feito de tantos

labirintos, é necessário reconhecer as interconexões e a transitoriedade do nosso conhecimento, para que possamos nos tornar aptos a lidar com as incertezas, possibilitando a reinvenção de todas/es/os e de cada um.

Desejamos que essa obra, nascida de muitas mãos, possibilite mudanças de paradigmas e que, tal como o fio de Ariadne, as reflexões compartilhadas auxiliem na gestão do processo saúde-doença-cuidado, nos libertando das relações empobrecidas, da disciplinarização e da medicalização da vida, para destacar as diversas formas de sobrevivência em prática, mesmo que sejam estranhas ou diferentes.

Por fim, deixamos para as/os leitoras/es o convite para darem continuidade a essas narrativas no plano da micropolítica do trabalho em saúde, no qual o processo de produção de subjetividades se dá a partir das relações de poder, sendo decisiva, para se pensar/fazer a gestão, a produção do cuidado e a formação na área da saúde.

Encontre seu fio de Ariadne e siga!

1

ENTRADA NO LABIRINTO: CONSTRUINDO TRILHAS CONFIÁVEIS POR MEIO DA EDUCAÇÃO E CAMINHOS METODOLÓGICOS

1

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA
PABLO DE ALMEIDA BOITEUX
THIAGO DIAS SARTI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

O EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS NA PERSPECTIVA DO CICLO DE POLÍTICAS DE STEPHEN BALL

EIXO FORMAÇÃO DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS

A escassez de médicos representa uma das dimensões de uma crise global na força de trabalho em saúde, caracterizada por déficit quantitativo e desigualdades na distribuição e na formação de profissionais (Scheffer *et al.*, 2018; Girardi *et al.*, 2010; WHO, 2014). Tais desigualdades implicam no acirramento de iniquidades em saúde e demandam abordagens multissetoriais pelos atores envolvidos na elaboração e na implementação de políticas públicas (Lehmann; Dielemann; Martineau, 2008; WHO, 2010; Girardi *et al.*, 2017).

No cenário brasileiro, a escassez de médicos predomina nas regiões Nordeste e Norte, mas também existem vazios assistenciais nas regiões Sul e Sudeste, sobretudo em municípios de pequeno porte localizados distantes dos grandes centros urbanos, assim como nas periferias e nas zonas mais pobres das capitais e regiões metropolitanas (Girardi *et al.*, 2010; Ney; Rodrigues, 2012; Sheffer *et al.*, 2018). Assim, ainda que a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo da Atenção Primária à Saúde (APS) tenha proporcionado uma melhora significativa nos indicadores de saúde (Costa *et al.*, 2012), a dificuldade de fixação do profissional médico nesse nível de atenção impacta negativamente na ampliação da sua cobertura (Ney; Rodrigues, 2012; Campos; Pereira Júnior, 2016; Macinko; Mendonça, 2018; Giovanella *et al.*, 2019).

Cabe ressaltar que esse cenário não demonstra perspectivas de melhora. Os graduandos de Medicina, cujo perfil se caracteriza pela prevalência de estudantes de famílias de renda alta residentes em capitais e cidades de grande porte, manifestam limitado interesse em especializações

médicas ligadas à APS, além da intenção de permanecer trabalhando em grandes centros urbanos do Brasil, não necessariamente em locais onde sua força de trabalho se faz mais necessária (Girardi *et al.,* 2017).

Nesse contexto, o Programa Mais Médicos (PMM) foi instituído pelo governo federal brasileiro e regulamentado pela Lei nº 12.871, de 22 de outubro 2013, tendo como objetivo principal reduzir a desigualdade na distribuição de médicos no território nacional (Brasil, 2013). Embasado no acúmulo teórico sobre o tema e nas estratégias anteriormente adotadas, tanto no Brasil como em outros países, o PMM constitui a política nacional mais abrangente para o enfrentamento do problema da escassez de médicos em áreas remotas e de maior vulnerabilidade socioeconômica (Maciel Filho, 2007; Eley *et al*., 2012; Strasser, 2016; Rocha *et al*., 2022a).

O PMM integra três eixos estratégicos: o provimento emergencial de médicos em áreas prioritárias, o fortalecimento da infraestrutura da APS e a mudança na formação e na residência médicas (Brasil, 2015). Destaca-se que o eixo de formação é reconhecido como o mais estruturante, promovendo a sustentabilidade de todo o programa, pelos potenciais impactos na fixação de médicos em regiões desassistidas (Oliveira *et al*., 2015; Campos; Pereira Junior, 2016).

Em direção convergente à do PMM, há décadas, a literatura internacional sobre recursos humanos em saúde aponta o processo de formação de profissionais de saúde como fator essencial para o fortalecimento e a consolidação de sistemas de saúde, especialmente daqueles de abrangência universal, tais como o Sistema único de Saúde (SUS) no Brasil (Chen *et al*., 2004; Hongoro; Mc Pake, 2004). A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda, inclusive, quatro tipos de estratégias de enfrentamento do problema, com destaque para as políticas educacionais, considerando que as adequações na formação profissional são fundamentais diante das escolhas profissionais permeadas por múltiplos e complexos fatores (WHO, 2010; Frenk *et al.*, 2010).

Dentre as evidências que corroboram tal perspectiva, destacam-se os resultados alcançados por escolas médicas que adotaram a Educação de Profissionais de Saúde com Responsabilidade Social (*Social Accountability Health Professional Education* - SAHPE). Essas instituições formaram uma rede virtual, conhecida como Training Health Equity Network (THEnet), com a missão explícita de aumentar a equidade no acesso aos serviços de

saúde, sendo a melhoria na distribuição dos profissionais médicos um de seus maiores fins (Ross *et al.*, 2014). Nessa mesma linha, uma revisão sistemática recente reforçou a efetividade de estratégias educacionais na formação e na residência médica para a fixação do profissional em áreas desassistidas (Figueiredo *et al.*, 2023).

Considerando tais estratégias educacionais, diversos autores apontam, como principais preditores para a fixação de médicos em áreas remotas e/ou desassistidas: a realização de processos seletivos que priorizem o ingresso de estudantes previamente vinculados aos locais prioritários; a construção de estruturas curriculares com foco em questões locais de saúde e com ênfase na abordagem clínica da Atenção Primária e da Medicina de Família e Comunidade (MFC); e a qualidade das experiências formativas, a qual, por sua vez, envolve a formação e a experiência docente, a infraestrutura e a localização das escolas médicas em áreas estratégicas (Rocha *et al.*, 2020).

Nesse sentido, o eixo de formação do PMM foi estruturado com modificações quantitativas e qualitativas, contemplando desde a abertura de novas vagas de graduação e de residência médica, especialmente em áreas prioritárias (segundo critérios de maior necessidade e carência de profissionais), até à atualização das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de medicina, buscando aproximá-las nas necessidades do SUS e da população brasileira (Brasil, 2013, 2014, 2015).

Frente ao exposto, o presente capítulo tem como objetivo analisar a implantação do eixo de formação do PMM a partir da abordagem do ciclo de políticas proposta por Stephen Ball (Ball; Bowie, 1992; Mainardes, 2006).

ABORDAGEM DO CICLO DE POLÍTICAS DE STEPHEN BALL

Qualquer tentativa de ampliar a fixação de médicos na APS e em áreas com escassez, sobretudo através de mudanças na formação profissional, envolve fatores complexos e diferentes influências que são vivenciadas nos cenários de ensino-aprendizagem, nos quais a política modifica e

é modificada por docentes e discentes (Brasil, 2015; Nassar; Passador; Pereira Júnior, 2022). Um processo cuja análise demanda uma perspectiva teórica que contemple seu caráter dinâmico e a influência recíproca entre os diferentes fatores que perpassam a implementação de uma política pública de saúde.

A Abordagem do Ciclo de Políticas, criada pelo sociólogo Stephen Ball, tem como elemento norteador a relação entre as políticas educacionais e o seu impacto na justiça social, adequando-se à análise de fenômenos complexos por permitir uma reflexão crítica e contextualizada dos fatores que influenciam a formulação da política, o seu arcabouço normativo e a sua implementação no contexto da prática, assim como seus efeitos e resultados (Ball; Bowie, 1992; Mainardes, 2006; Ball, 2014).

A abordagem de Ball é composta por três contextos interligados: o de influência, o da produção de textos e o da prática (Rocha *et al.*, 2022b). O contexto de influência é aquele no qual o discurso da política é construído. Integram esse contexto as arenas definidoras que disputam os conceitos centrais que nortearão o discurso da política. O contexto da produção de textos abrange a legislação, os manuais informativos, as orientações e os comentários oficiais e extraoficiais, formais ou informais sobre a política. Finalmente, o contexto da prática envolve os cenários nos quais as ações são efetivadas, as políticas são reinterpretadas e se dão os seus efeitos e consequências. Os atores sociais dos cenários de prática têm valores, opiniões e experiências que suscitarão várias posturas, de apoio ou de resistência à política, de modo que esta será traduzida e recriada e não simplesmente implantada (Ball; Bowie, 1992; Mainardes, 2006).

CONTEXTO DE INFLUÊNCIAS: A CONSTRUÇÃO DO DISCURSO DO PMM

O cenário de criação do PMM precisa ser considerado para entendimento do seu contexto de influências. O programa foi aprovado em meio a uma crise global da força de trabalho em saúde com repercussões em todos os países, porém com implicações muito mais severas naqueles

com recursos limitados para lidar com o problema (WHO, 2014; Dal Poz *et al.*, 2015). Três questões foram fundamentais para a sua implantação: a situação do mercado de trabalho médico, possibilitando pleno emprego; a baixa razão de médico por mil habitantes em relação aos países desenvolvidos; e a limitação da expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em virtude da escassez de médicos (Oliveira *et al.*, 2019).

Destaca-se que o déficit quantitativo de profissionais e as desigualdades na sua distribuição geográfica e entre diferentes serviços já vinha se constituindo em um relevante problema desde a década de 1990, com mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população, políticas de subfinanciamento e privatização nos sistemas de saúde e educacionais (Giovanella; Stegmüller, 2014; Ribeiro, 2016).

No Brasil, podemos situar, nesse período, o início da construção do discurso que embasou o PMM, sobretudo a partir dos trabalhos da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que evidenciaram um grande descompasso entre o perfil dos egressos das escolas médicas e as necessidades da população e diretrizes do SUS (Cruz, 2004). O país seguiu acumulando experiências por meio de políticas públicas intersetoriais, integrando o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), muitas das quais tiveram seus resultados comprometidos por dificuldades na sua implementação (Maciel Filho, 2007).

Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) em 2003, diversas dessas estratégias entraram na agenda política brasileira. Entre elas estão o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRO-SAÚDE), o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB), o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e a política de expansão das vagas de ensino médico nas universidades federais (Rocha *et al.*, 2022a).

Avançando nesse sentido, a Proposta de Expansão de Vagas do Ensino Médico em Instituições Federais de Ensino Superior, aprovada em 2012, definiu as competências desejadas no perfil do médico, de modo a favorecer a escolha pelo trabalho qualificado no SUS, especialmente na APS, na ESF e nos serviços de urgência e emergência. Com base nessas competências, foram definidos os pontos-chaves nas estruturas curriculares e

indicadores de avaliação de cursos médicos. Esse documento influenciou de modo decisivo o eixo de formação, dando continuidade e ampliando essa política de expansão (Brasil, 2012).

Em 2012, cerca de um ano antes da aprovação do PMM, o debate sobre o tema se fortaleceu, envolvendo principalmente três grupos com interesses distintos. Um grupo que defendia o fortalecimento do SUS, o acesso universal à saúde e a prioridade da APS; outro grupo, ligado aos interesses da medicina liberal, que procurava manter o livre mercado médico; e um terceiro grupo ligado aos interesses do complexo médico-industrial, instituições de ensino privadas e os meios de comunicação (Pinto; Cortes, 2022b).

Durante o desenrolar dos processos de formulação e homologação do PMM, não houve diálogo efetivo com atores sociais importantes, tais como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (FENAM). Essas instituições já exerciam oposição explicita à expansão de vagas de graduação e às mudanças curriculares na formação médica e passaram a fazer articulações e constituir um bloco com grande representatividade no Poder Legislativo e contrário ao PMM (Lotta; Galvão; Favareto, 2016; Jesus; Medina; Prado, 2017; Gomes; Merhy, 2017).

CONTEXTO DA PRODUÇÃO DE TEXTOS: LEGISLAÇÃO E DOCUMENTOS ESTRUTURANTES DO EIXO FORMAÇÃO DO PMM

No início de 2013, o movimento conhecido por "Cadê o médico?", encaminhado pela Federação Nacional de Prefeitos, as manifestações populares de junho e as mudanças na correlação de forças no poder Legislativo criaram um cenário favorável ao provimento emergencial e à expansão de vagas para cursos de medicina. Assim, o PMM foi aprovado como política de governo por meio da Medida Provisória nº 621 (Pinto; Cortes, 2022a).

Durante as negociações para a aprovação da Medida Provisória, o eixo de provimento, o acordo técnico com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o governo de Cuba, provocou reações explícitas de oposição pelas entidades representativas da categoria médica, que se utilizaram dos meios de comunicação na tentativa de colocar a população e a opinião pública contra o PMM (Jesus; Medina; Prado, 2017; Gomes; Merhy, 2017; Pinto *et al.*, 2019). Essa postura na mídia, inclusive com ataques a médicos cubanos, e as adequações no programa, priorizando profissionais brasileiros, aliadas às posições políticas estratégicas ocupadas por apoiadores do programa ligados ao Movimento Sanitário, criaram um cenário favorável no Congresso Nacional para a aprovação da Lei nº 12.871 (Pinto; Cortes, 2022b).

Nessa janela de oportunidade política, iniciaram-se as negociações para que o PMM passasse para a condição de uma política de Estado, mediante a homologação da Lei nº 12.871. As estratégias de oposição se voltaram contra as medidas propostas no eixo de formação, isto é, a expansão das escolas médicas e a atualização das Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina (Scheffer; Bahia, 2013; Pinto *et al.*, 2019). Nesse processo, o capítulo da lei sobre as mudanças na educação médica foi o que recebeu o maior número de emendas parlamentares, com fragilidades no contexto da produção de textos do eixo de formação (Oliveira *et al.*, 2017).

Tais fragilidades ficaram expressas na aparente incoerência entre a codificação da Lei nº 12.871 (Brasil, 2013) e o documento publicado posteriormente pela SGTES (Brasil, 2015). A Lei nº 12.871 não faz menção ao processo de expansão do ensino médico em curso no país desde 2012 e, relativo ao caráter público ou privado das vagas, o texto mencionou unicamente as instituições de ensino privadas. De modo contrário, o documento da SGTES resgata a política de expansão das escolas médicas e afirma que as instituições públicas teriam prioridade, sendo consideradas as vagas privadas apenas depois de atingida a capacidade máxima de expansão das primeiras.

Com relação à localização geográfica das novas vagas, os dois documentos citados são unânimes na prioridade do interior do país e de regiões com maior escassez do profissional, isto é, regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Também houve concordância sobre o processo de abertura de cursos ou aumento de vagas de Medicina, que passaram a

ser de iniciativa governamental, tanto em instituições de ensino públicas como privadas, sendo esse processo subordinado às necessidades sociais das áreas (Brasil, 2013, 2015).

A atualização das DCN criou a referência para a política regulatória do ensino médico a partir do PMM, definindo os conhecimentos, as habilidades e as atitudes necessários para os graduandos (Brasil, 2014). O monitoramento e a avaliação dos cursos ficaram sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP), por meio de instrumentos de monitoramento e de avaliação do PMM inseridos no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES/INEP). Já o monitoramento do desempenho dos graduandos seria realizado por meio da Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM), prevista para avaliar os estudantes no segundo, quarto e sexto anos de curso (Brasil, 2016).

O INEP mantém uma página oficial na internet por meio da qual as instituições de ensino podem acessar os instrumentos avaliativos previstos, bem como orientações, quanto a aplicação e análise. No entanto, estudos apontam atrasos na atualização da página desse sistema e a indisponibilidade dos instrumentos avaliativos (INEP, 2017; Rocha *et al*. 2020).

Esses aspectos do arcabouço documental do programa retratam a disputa pelo texto representativo da política, as resistências e as disputas nas arenas legislativas, as quais deixaram os documentos codificados de modo incoerente e contraditório, com implicações nos resultados e nos efeitos do PMM (Ball; Bowie, 1992; Mainardes, 2006) .

O CONTEXTO DA PRÁTICA: RESULTADOS E EFEITOS DA POLÍTICA

O PMM vem alcançando resultados importantes com relação à expansão da graduação médica. Até maio de 2017, já haviam sido autorizadas 7.696 novas vagas de cursos de Medicina, aproximando o programa da meta pactuada, que era de 11.500 novas vagas após cinco anos, ou seja, outubro de 2018. Pela primeira vez na história da educação médica no

Brasil, predominaram as vagas no interior (63%) em relação às capitais (INEP, 2017). Houve, no entanto, nítido predomínio de vagas na região Sudeste (40,41%) e em instituições de ensino privadas (77,52%). O predomínio de vagas privadas ocorreu em todas as regiões do Brasil, exceto na região Centro-Oeste (48,7%). Os maiores percentuais de vagas privadas foram vistos nas regiões Sul e Sudeste, com, respectivamente, 85,4% e 89% do total (Rocha *et al.*, 2021).

Nessa mesma direção, uma pesquisa documental nas bases de dados do MEC demonstrou que a política falhou no seu principal objetivo, pois, dos 138 cursos abertos entre 2014 e 2022, 68 foram a partir do PMM, com 35% do total localizados na região Sudeste e 79% do total em instituições privadas. O predomínio dos cursos públicos se deu apenas nas regiões Centro-Oeste e Norte (Nassar; Passador; Pereira Júnior, 2022).

As fragilidades na legislação e nos documentos do programa (isto é, no contexto da produção de textos) trouxeram implicações para os seus resultados. Ironicamente, não se pode afirmar que a Lei nº 12.871 foi descumprida, pois, em seu texto, sequer é mencionada a expansão dos cursos em universidades federais, além de não constar a prioridade das instituições de ensino superior públicas. Ainda assim, é possível afirmar que houve tanto uma ruptura com preceitos éticos assumidos pelo programa (Brasil, 2015) quanto uma desconformidade com as referências internacionais, com os preditores educacionais de fixação (Cramptom; McLalan; Illing., 2013; Ross *et al.*, 2014; Farmer *et al.*, 2015; Viscomi, Larkins; Gupta, 2015; Strasser, 2016; Mian *et al.*, 2017; Rocha,*et al.* 2021), com as pesquisas brasileiras que definiram as regiões e municípios com os maiores índices de escassez médica e vulnerabilidade social e mesmo com suas respectivas populações, com as quais um compromisso político-social havia sido firmado (Girardi *et al.*, 2010; Brasil, 2015).

Outros resultados relevantes alcançados pelo PMM foram a mudança no papel do Estado na regulação do ensino médico e o fortalecimento do preceito constitucional do SUS como formador de profissionais de saúde (Oliveira *et al.*, 2019). Porém, dadas as fragilidades na legislação, esse papel regulatório se enfraqueceu, o que afetou a implementação das DCN atualizadas e permitiu que os instrumentos de monitoramento e de avaliação do programa, inseridos no SINAES/INEP, fossem revogados e o ANASEM cancelado, comprometendo os indicadores de avaliação

da qualidade da formação ofertada nos novos cursos criados a partir do programa (FINI, 2017).

Outro ponto fundamental da metodologia proposta por Ball (2013, 2014) é a avaliação dos resultados da política nos cenários micropolíticos. Nesse ponto, torna-se necessário a escuta de discentes e docentes dos novos cursos abertos a partir do PMM. Assim, uma pesquisa com estudantes de medicina de novos cursos autorizados em quatro universidades federais baianas aponta resultados que merecem reflexão. Foram realizados questionários com 410 estudantes (27% do total), com predomínio de faixa etária de 20 a 24 anos e com perfil socioeconômico mais baixo em relação aos estudos anteriormente publicado. A maioria dos discentes era natural dos pequenos e médios municípios baianos (67,1%). Com relação à futura residência médica, afirmaram, em sua maioria, a opção por especialidades de outras áreas (55,9%) que não aquelas mais relacionadas à APS. Ainda que um grande número de discentes tenha manifestado a intenção de trabalhar na APS (44,6%), apenas um pequeno percentual disse desejar cursar especialidades básicas, sendo ainda consideravelmente menor a opção pela Medicina de Família e Comunidade (5,9%) (Rocha *et al.*, 2023a).

Ainda nesse estudo, as estudantes do sexo feminino predominaram de modo evidente entre aqueles que desejaram as especialidades de áreas básicas e que vislumbraram um futuro trabalho na APS. De modo contrário, os estudantes do sexo masculino escolheram, em sua maioria, especialidades de outras áreas, especialmente aqueles que tiveram os aspectos financeiros como motivação principal para escolha de carreira (Rocha *et al.*, 2023a)

Também nesses cenários da micropolítica, outro estudo realizou entrevistas com docentes dos novos cursos de Medicina a partir do PMM. Os docentes assinalaram que as mudanças curriculares, no sentido de adequação às DCN, ocorreram de modo diversificado, em conformidade com as realidades locorregionais. A maioria relatou grandes esforços adaptativos, especialmente relativos às metodologias ativas e à interdisciplinaridade, e falta de apoio do governo federal, especialmente do MEC, no sentido da preparação do corpo docente para a implementação das novas DCN, nos investimentos estruturais demandados pelos cursos e no estímulo à pesquisa e promoção da carreira docente (Rocha *et al.*, 2023b).

No caso específico dos médicos, a docência foi caracterizada como um grande desafio no Brasil, especialmente nesses formatos inovadores das matrizes curriculares. Os docentes que, no contexto da produção de textos, foram apontados como estruturantes para o programa, no contexto da prática, sentem-se como que "caídos de paraquedas" ou como se representassem um "mal necessário" para a consolidação do programa. Outro aspecto relevante foi a grande diferença entre a disponibilidade de especialistas em Medicina de Família e Comunidade (MFC) nas diferentes universidades. Esses docentes médicos se concentram ainda em regiões mais próximas dos grandes centros urbanos e, em geral, não se fixaram nos municípios onde as universidades se instalaram, comprometendo a qualidade da formação para a APS (Rocha *et al*., 2023b).

Com a mudança do cenário político após as eleições de 2016 e sem a garantia de um arcabouço legal consistente, os compromissos assumidos passaram a ser reajustados. O caráter paradoxal das políticas públicas tornou-se mais evidente. O novo governo interrompeu o acordo técnico com o governo cubano mediado pela OPAS, deixando milhares de brasileiros sem acesso ao cuidado médico. Assistimos ao fim do eixo de provimento, aos cortes comprometedores nos orçamentos das universidades públicas e à aprovação de um novo formato de financiamento da APS inspirado na contrarreforma do sistema de saúde inglês, sob a égide do Banco Mundial. Além da queda do financiamento no período de 2014-2019, essas medidas reduziram o impacto positivo da ESF e fortaleceram uma tendência de privatização já assinalada por alguns autores (OPAS, 2018; Pinheiro, 2019; Ocké, 2020).

Nesse período, um novo programa foi aprovado, o Programa Médicos pelo Brasil, que consiste numa estratégia menos abrangente e frágil, pois seu foco principal é na carreira médica na APS, desconsiderando todos os outros aspectos fundamentais no enfrentamento do problema (Brasil, 2019; Melo Neto; Barreto, 2019).

Mas uma nova mudança no cenário político se apresentou com a derrota do governo Bolsonaro nas eleições de 2022. Assim, o presidente eleito, Luiz Inácio Lula da Silva, retomou o PMM com várias adequações e, nesse novo momento, as vagas foram disponibilizadas para médicos brasileiros. Existe um debate ainda em curso sobre a necessidade de valorização da carreira profissional, tendo-se em conta que, na legislação

atual, não há diferença entre um médico recém-graduado e aquele que investiu em uma formação alinhada à APS, por exemplo, por residência em especialidades básicas ou especialmente a MFC. Por outro lado, as consequências para o SUS e para a população brasileira da falta de acesso à saúde, ocasionadas por medidas do governo Bolsonaro, seguem em avaliação pelos poderes competentes.

Tendo em vista o que foi apresentado neste capítulo, a Figura 1 resume o ciclo da política aplicada ao eixo de formação do Programa Mais Médicos de acordo com a proposta de Stephen Ball, considerando os contextos de influências, da produção de textos e da prática.

Figura 1: Ciclo da Política Aplicada ao Eixo Formação do PMM

Fonte: Elaborada pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente ao propósito do presente estudo, a abordagem proposta por Stephen Ball possibilitou uma perspectiva abrangente e que respeitasse a complexidade, as especificidades e a rede de fatores em mútua influência que constituem uma política pública de saúde como o Programa Mais Médicos (PMM), especificamente em seu eixo de formação.

Em síntese, percebemos, no contexto de influências, que o discurso norteador do PMM precede a própria política, constituindo-se a partir de disputas entre três principais grupos de interesses: defensores do SUS e da APS, dos interesses do mercado liberal e do complexo médico-industrial. Em um momento em que as correlações de forças foram propícias, o PMM foi aprovado, inicialmente como política de governo e, em seguida, como política de Estado, mediante a aprovação da Lei nº 12.871; contudo foram necessárias negociações entre atores institucionais e grupos de interesse, os quais fragilizaram o contexto de produção de textos, ou seja, o arcabouço legislativo e documental do PMM, especialmente no que tange ao seu eixo formativo.

Assim, no contexto da prática, os resultados tiveram o seu alcance parcialmente comprometido. A meta do número de vagas foi alcançada, sendo a maioria no interior do país; no entanto o maior número de cursos ficou localizado na região Sudeste e em instituições privadas, privilegiando os estudantes de classes altas e os grandes grupos privados de ensino superior.

A fragilidade do arcabouço documental e normativo do PMM também permitiu o cancelamento de instrumentos de monitoramento e avaliação, fundamentais para dar devolutivas e adequar estratégias para atingir os objetivos de adequar o perfil de profissionais para o fortalecimento do SUS e da APS, bem como para reduzir as iniquidades em saúde no país.

Os resultados apresentados reiteram a complexidade e a força expressiva do mercado de trabalho no processo de escolha profissional, sugerindo, portanto, a urgência de políticas de estímulo à carreira na APS e de valorização das especialidades a ela vinculadas, principalmente a Medicina de Família e Comunidade (MFC). Além disso, também apontam para a necessidade de estímulos à docência entre os médicos, uma vez que, embora o PMM tenha incentivado a residência em MFC e o Mestrado Profissional em Saúde da Família, na prática, ainda persiste pequena adesão e ociosidade de vagas.

O estudo dialoga com evidências internacionais robustas, tais como os resultados das escolas que integram a rede THEnet, e reforça o potencial das estratégias educacionais no processo de fixação médica, desde que sejam integradas a políticas intersetoriais abrangentes, afetando os serviços de saúde e o mercado de trabalho médico de modo a tornar atrativa a

APS. Finalmente, contribui para explicitar o quanto a descontinuidade nas políticas públicas de saúde e de educação agravam o subfinanciamento e a desassistência no SUS, especialmente na APS de áreas remotas e de maior vulnerabilidade socioeconômica.

REFERÊNCIAS

BALL, S. J. **Educação Global S.A.:** novas redes políticas e o imaginário neoliberal. BRIDON, Janete (Trad.). Ponta Grossa: UEPG, 2014.

BALL, S. J. **Neoliberal education, neoliberal research e trulh-telling**. Palestra proferida durante o Seminário da UNICAMP - As contribuições de Stephen Ball para a pesquisa educacional no contexto brasileiro. Unicamp, Campinas (SP), outubro de 2013. Disponível em: https://www.fe.unicamp.br/ead/galerias/4030/4026. Acesso em: 06 jun. 2018.

BALL, S. J.; BOWIE, R. Subject departments and the "implementation" of National Curriculum policy: an overview of the issues. **Journal of Curriculum Studies,** London, v. 24, n. 2, p. 97-115, 1992.

BRASIL. Ministério da Educação. Proposta de expansão de vagas do ensino médico nas Instituições Federais do Ensino Superior elaboradas pelo Grupo de Trabalho instituído pela Portaria n. 86, de 22 de março de 2012. **Diário Oficial de União**, Brasília, 27 mar. 2012.

BRASIL. Lei 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos:** dois anos mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria n° 982, de 25 de agosto de 2016. Institui a Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina – Anasem. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 ago. 2016.

BRASIL. Medida Provisória n° 890, de 1° de agosto de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde, e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2019. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/medida-provisoria-n-890-de-1-de-agosto-de-2019-208356620. Acesso em: 12 set. 2023.

CAMPOS, G. W.; PEREIRA JÚNIOR, N. A. Atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciên. Saúde Colet.**, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.18922016.

CHEN, L. *et al*. Human resources for health: overcoming the crisis. **The Lancet**, v. 364, n. 9449, p. 1984-1990, 27 2004. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17482-5

COSTA, J. S. D. *et al*. Redução das internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 2, p. 359-66, 2012.

CRAMPTOM, P. E. S.; MCLALAN, J. C.; ILLING, J. C. A systematic literature review of undergraduate clinical placements in underserved áreas. **Medical Education,** v. 47, p. 969-978, 2013.

CRUZ, K. T. **A formação médica no discurso da CINAEM** – Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico. 2004. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

DAL POZ, M. R. *et al*. Assessment of human resources for health programme implementation in 15 Latin American and Caribbean countries. **Hum. Resour. Health**, v. 13, p. 24, 2015.

ELEY, D. S. *et al*. A decade of Australian Rural Clinical School graduates – where are they and why? **Rural and Remote Health**, v. 12, p. 1937, 2012.

FARMER, J. *et al*. A scoping review of the association between rural medical education and rural practice location. **Human Resources for Health,** v. 13, p. 27, 2015. DOI: 10.1186/s12960-015-0017-3.

FINI, M. I. Exame Nacional de Avaliação do Desempenho dos Estudantes (ENADE) e Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (ANASEM). In: CFM - Conselho Federal de Medicina; CRM-PA - Conselho Regional de Medicina do Estado do Pará (Org.). Fórum de Integração do Médico Jovem, 2. Escolas Médicas, como está o ensino: velhos conceitos, novas perspectivas. 2017, Belém, Brasil. CFM - Conselho Federal de Medicina (Canal YouTube), 23 de ago. de 2017. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=hOMo1JcC-Ho. Acesso em: 20 set. 2017.

FIGUEIREDO, A. M. d. *et al*. Educational Strategies to Reduce Physician Shortages in Underserved Areas: A Systematic Review. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 20, n, 11, 5983, 2023. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20115983. Acesso em: 30 set. 2023

FRENK, J. *et al*. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923-58, 2010.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p.1-19, nov. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/3J7Gd7Zqhc6PHtN4s4ZC8qm/?lang=pt. Acesso em 28 nov. 2015.

GIOVANELLA, L. *et al.* De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, 2019.

GIRARDI, S. N. *et al.* **Construção do índice de escassez de profissionais de saúde para apoio à Política Nacional de Promoção da Segurança Assistencial em Saúde** [internet] Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON). Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM), 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2443.pdf. Acesso em: 15 out. 2016

GIRARDI S. N. *et al.* Preferências para o trabalho na atenção primária por estudantes de medicina em Minas Gerais, Brasil: evidências de um experimento de preferência declarada. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 8, 2017.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Uma análise da luta das entidades médicas brasileiras diante do Programa Mais Médicos. **Interface** (Botucatu), v. 21, supl. 1, p. 1103-14, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0363.

HONGORO, C.; MCPAKE, B. How to bridge the gap in human resources for health. **The Lancet**, v. 364, n. 9443, p. 1451-1456, Oct. 16, 2004. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17229-2

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Avaliação Nacional Seriada dos Estudantes de Medicina (Anasem)**. Documentos relacionados. Brasília: MEC; 2017. Disponível em: http://portal.inep.gov.br/web/guest/anasem. Acesso em: 5 set. 2017

JESUS, R. A.; MEDINA, M. G.; PRADO, N. M. B. L. Programa Mais Médicos: análise documental dos eventos críticos e posicionamento dos atores sociais. **Interface** (Botucatu), v. 21, supl, 1, p.1241-1255, 2017. DOI: 10.1590/1807-57622016.0555.

LEHMANN U.; DIELEMANN M.; MARTINEAU T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. **BMC Health Services Research**, v. 8, n. 19, p. 1-10, 2008. DOI: 10.1186/1472-6963-8-19.

LOTTA, G. S.; GALVÃO, M. C. P. P.; FAVARETO, A. S. Análise do Programa Mais Médicos à luz dos arranjos institucionais: intersetorialidade, relações federativas, participação social e territorialidade. **Ciên. Saúde Colet.**, v. 21, n. 9, p. 2761-72, 2016 DOI: 10.1590/1413-81232015219.16042016.

MACIEL FILHO, R. **Estratégias para a distribuição e fixação de médicos em sistemas nacionais de saúde**: o caso brasileiro. 2007. 266 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C. S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, v. 42, n. esp. 1, p. 18-37, 2018.

MAINARDES, J. Abordagem do Ciclo de Políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.

MELO NETO, A. J. de; BARRETO, D. d. S. Programa Médicos pelo Brasil: inovação ou continuidade? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 2162, 2019. DOI: 10.5712/rbmfc14(41)2162. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2162. Acesso em: 30 set. 2023.

MIAN, O. *et al*. How underserviced rural communities approach physician recruitment: changes following the opening of a socially accountable medical school in northern Ontario. Canadian. **Can J Rural Med**, v. 22, n. 4, p. 139-47, 2017.

NASSAR, M. L.; PASSADOR, J. L.; PEREIRA JÚNIOR, G. A. Programa Mais Médicos: identificação e análise dos cursos de medicina abertos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 31, n.4, e200878pt, 2022

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, 2012.

OCKÉ, C. A. Adaps pode reforçar a tendência de privatização da gestão. Entrevista concedida a Maíra Mathias. **Rev. POLIS - Saúde, Educação e Trabalho**, jan 2020. Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/entrevista/a-adaps-pode-reforcar-a-tendencia-de-privatizacao-da-gestao. Acesso em: 6 jan. 2020.

OLIVEIRA, F. P. *et al*. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface** (Botucatu), v. 19, n. 54, p. 623-34, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622014.1142.

OLIVEIRA, F. P. *et al*. Análise das emendas parlamentares ao Programa Mais Médicos: o modelo de formação médica em disputa. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. esp. 3, p. 60-73, set. 2017. DOI: 10.1590/0103-11042017S305

OLIVEIRA, F. P. *et al*. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Formação de 2013 a 2015. **Interface** (Botucatu), v. 23, supl. 1, e170949, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/Interface.170949

OPAS. Organização Pan-americana de Saúde Mais Médicos: profissionais cubanos da cooperação internacional sairão do Brasil até 12 de dezembro. **OPAS Brasil** [Internet], Brasília, DF, 19 nov. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5804:mais-medicos-profissionais-cubanos-da-cooperacao-internacional-sairao-do-brasil-ate-12-de-dezembro&Itemid=347. Acesso em: 12 mar. 2019.

PINHEIRO, M. Governo vai encerrar Mais Médicos que será substituído por plano de carreira federal. [Entrevista concedida a] El País – Agência Brasil. **El País** [Internet], Brasil, São Paulo, 6 de fevereiro de 2019 Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2019/02/06/politica/1549465717_978725.htm. Acesso em: 12 mar. 2019.

PINTO, H.; CÔRTES, S. M. V. Análise do processo de formulação do Programa Mais Médicos. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 31, n.4, e210881pt, 2022a

PINTO H. A.; CÔRTES S. M. V. O que fez com que o Programa Mais Médicos fosse possível? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 7, p. 2543-2552, 2022b. DOI: 10.1590/1413-81232022277.22322021

PINTO, H. A. *et al*. O Programa Mais Médicos e a mudança do papel do Estado na regulação e ordenação da formação médica. **Interface** (Botucatu), v. 23, supl. 1, e170960, 2019.

RIBEIRO, H. **Saúde global**: olhares do presente. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016.

ROCHA, E. M. S. *et al*. Preditores Educacionais para Fixação de Médicos em Áreas Remotas e Desassistidas: uma Revisão Narrativa. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 1, e024, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.1-20190281

ROCHA, E. M. S. *et al*. A dimensão da formação no Programa Mais Médicos: hiato entre propostas e implementação. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 45, n.1, p. e034, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.1-20200416.

ROCHA, E. M. S. *et al*. Políticas Públicas para Fixação de Médicos em Regiões Desassistidas no Brasil: Descontinuidades e Contradições. In: SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M.; RONCON, P. C.; Wandekoken, K. D. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas de análise em políticas de saúde**, Rio de Janeiro: Telha, 2022 a. ISBN 978-65-81060-82-4 (e-book)

ROCHA, E. M. S.; ALVARENGA, A. A.; FILIPPON; J.; HERKENHOFF, M. B. A.; ANDRADE, M. A. C. Análise de políticas públicas em saúde: uma proposta metodológica. In: ANDRADE, M. A. C.; LIMA, R. C. D.; BARBOSA, J. P. M.; SARTI, T. D.; GARCIA, A. C. P.; LIMA, E. F. A. (Orgs.). **Gestão e Práticas em Saúde Coletiva**: da política à ação. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, Rio de Janeiro: AREA27, 2022 b. p. 24-42. (Série Interlocuções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v. 28). E-book: PDF. ISBN 978-85-54329-91-4. DOI 10.18310/9788554329914

ROCHA, E. M. S. *et al*. Intenções de graduandos de medicina em face dos preditores de fixação: Programa Mais Médicos na Bahia. **Revista Brasileira De Educação Médica**, v. 47, n. 3, p. e088, 2023 a. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-5271v47.3-2021-018

ROCHA, E. M. S. *et al*. A qualidade dos novos cursos de medicina do Programa Mais Médicos na Bahia: o que pensam os docentes? In: SODRÉ, F.; ANDRADE, M. A. C.; RONCON, P. C. (Orgs.). **Temas Emergentes e Análises Transdisciplinares**. Vitória: EDUFES, 2023 b. p. 23-49. ISBN: 978-85-7772-529-8

ROSS, S. J. *et al*. THEnet evaluation framework pilot study. **Education for Health**, v. 27, n. 2, 2014.

SCHEFFER, M. *et al*. **Demografia Médica no Brasil.** 2018. São Paulo: FMUSP, CFM, CREMESP, 2018. 286 p. ISBN: 978-85-87077-55-4.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. O financiamento de campanhas pelos planos e seguros de saúde nas eleições de 2010. **Saúde Debate**, v. 37, n. 96, p. 96-103, 2013.

STRASSER, R. Delivering on social accountability Canadá's Northern Ontário School of Medicine. **The Asia Pacific Scholar**, v. 1, n. 1, jun. 2016.

WHO. World Health Organization. **Increasing access to health workers in remote and rural areas through im-proved retention**: global policy recommendations. [internet] Genebra: WHO; 2010. Disponível em: http://www.searo.who.int/nepal/mediacentre/2010_increasing_access_to_health_workers_in_remote_and_rural_areas.pdf. Acesso em: 12 out. 2016.

WHO. World Health Organization. **A universal truth: no health without a workforce.** 1.Health Manpower. 2.Health Personnel. 3.Delivery of Health Care. World Health Organization. Global Health Workforce Alliance, 2014. ISBN 97892 4 150676 2 (NLM classification: W 76). Disponível em: https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA_x0002_a_universal_truth_report.pdf?ua=1. Acesso em: 15 ago. 2019.

2

WÂNIA RIBEIRO TRINDADE
THAIS DE ANDRADE GODOI GONZAGA DE ALMEIDA
GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA MINARINI
KARINE RIBEIRO NUNES DA PUREZA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

PRÁTICAS DO CRITÉRIO GLOBAL CUIDADO AMIGO DA MULHER: *SCOPING REVIEW*

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os indicadores de assistência ao parto têm mostrado que as mulheres estão sendo cada vez mais incentivadas a utilizar as instituições de saúde para o parto. No entanto, um crescente volume de pesquisas sobre as experiências das mulheres durante a gravidez, e em particular no parto, descreve um quadro perturbador. No mundo inteiro, muitas mulheres ainda experimentam abusos, desrespeito, maus-tratos e negligência durante a assistência ao parto nas instituições de saúde (OMS, 2014).

No Brasil, as reflexões acerca da humanização do parto e nascimento se intensificaram no final da década de 1980, impulsionadas pelos movimentos feminista, sanitarista e de redemocratização política (Santos *et al.*, 2022).

O acesso das gestantes e recém-nascidos a um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal são direitos inalienáveis da cidadania. Nesse sentido, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria nº 569, de 1º junho de 2000. Esse Programa foi de extrema importância, visto que trouxe como objetivo desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos no âmbito do SUS (Brasil, 2000).

Onze anos depois, o Ministério da Saúde instituiu a Rede Cegonha (RC) através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, com o objetivo de proporcionar melhorias na qualidade de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança (Brasil, 2011). A RC vem incentivando a inovação

e a qualificação da atenção ao pré-natal, parto e puerpério, ao desenvolvimento da criança, bem como ações para a redução dos índices de mortalidade materna e infantil (Figueiroa *et al.*, 2017).

Uma das preocupações do Ministério da Saúde é reduzir os índices de mortalidade materna e infantil. Dessa forma, a RC corrobora estratégias por meio da qualificação das ações e dos serviços de saúde. Além disso, investe em desafios importantes em relação às mudanças no modelo de gestão e atenção obstétrica e neonatal vigente e no paradigma cultural relacionado ao parto e ao nascimento (Pasche *et al.*, 2021).

Em 2013, 289 mil mulheres morreram durante e após a gravidez e o parto e 2,8 milhões de recém-nascidos morreram nos primeiros 28 dias de nascimento. A maioria dessas mortes ocorreu em países com baixo desenvolvimento socioeconômico e poderia ter sido evitada. Com essas evidências em mente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com a contribuição de enfermeiras, parteiras, obstetras, pediatras, clínicos gerais e especialistas em segurança de doentes de todo o mundo, elaborou a Lista de Verificação da OMS para Partos Seguros, para ajudar os profissionais de saúde a prestarem cuidados de alta qualidade durante os partos, desde o momento em que a mulher chega à maternidade até quando a mãe e o seu recém-nascido recebem a alta (OMS, 2014).

Já em 2014, o Ministério da Saúde redefiniu os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), através da Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Do mesmo modo, orientou o cumprimento das práticas relacionadas ao critério global Cuidado Amigo da Mulher (CAM) (Brasil, 2014).

No Cuidado Amigo da Mulher, as práticas incluem: garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha; ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto; garantir, à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos durante o trabalho de parto; e, caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária

ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade (WHO, 2017).

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas sobre as práticas do critério global Cuidado Amigo da Mulher.

MÉTODO

Este estudo trata-se de um *scoping review*, conforme o método de revisão proposto pelo Instituto Joanna Briggs (JBI), também denominado de "revisão de mapeamento" (*mapping review*) ou "estudo de escopo" (*scoping study*) que permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento (JBI, c2015).

A princípio foi construído um protocolo da revisão, estruturado conforme PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews) específico para revisões de escopo, o PRISMA-ScR. Contendo 22 itens, o PRISMA-ScR é um *checklist* que auxilia os revisores na construção, desenvolvimento e finalização da revisão de escopo (Aromataris; Munn, 2020; Peters *et al.*, 2020).

Para construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia *Population, Concept e Context* (PCC) (Peters *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2020), sendo definidos: P-Gestantes; C-Cuidado Amigo da mulher/ Parto Humanizado e C-Maternidades. Com base nessas definições, foram estabelecidas as seguintes perguntas norteadoras: Quais as evidências científicas sobre as práticas do critério global Cuidado Amigo da Mulher (CAM)? Como têm sido realizadas? Quais as dificuldades para a implementação dessas práticas?

A partir disso, o levantamento bibliográfico foi realizado no período de janeiro e fevereiro de 2023. Considerando que não existe o descritor "Cuidado Amigo da Mulher" no DECS/MESH, descritores relacionados ao parto humanizado foram incorporados à busca. Sendo assim, foram utilizados "Trabalho de parto", "Parto humanizado", "Assistência ao parto" e "Entorno do parto", e, junto aos descritores, foram empregados os termos booleanos para combinar os termos de pesquisa: AND, OR E NOT.

A seleção dos estudos se deu em três etapas, conforme sugerido pelo JBI (Peters *et al.*, 2020). A primeira etapa foi a identificação dos descritores e a busca da produção científica nas seguintes bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL - Ebsco) e EMBASE (Elsevier). Também foi realizada uma busca em repositórios – Teses e dissertações da CAPES – e sites institucionais – WHO, OPAS, UNESCO e Ministério da Saúde.

Dos estudos encontrados, foram considerados os primários, as revisões sistemáticas, as dissertações e as teses, com abordagem quantitativa, qualitativa e quantiqualitativa, publicados na íntegra, nos idiomas inglês, espanhol ou português, entre os anos de 2014 - 2022. O ano inicial de 2014 foi escolhido por ser o ano em que o CAM foi incorporado à Portaria da IHAC. Nessa etapa, foram identificados 509 estudos.

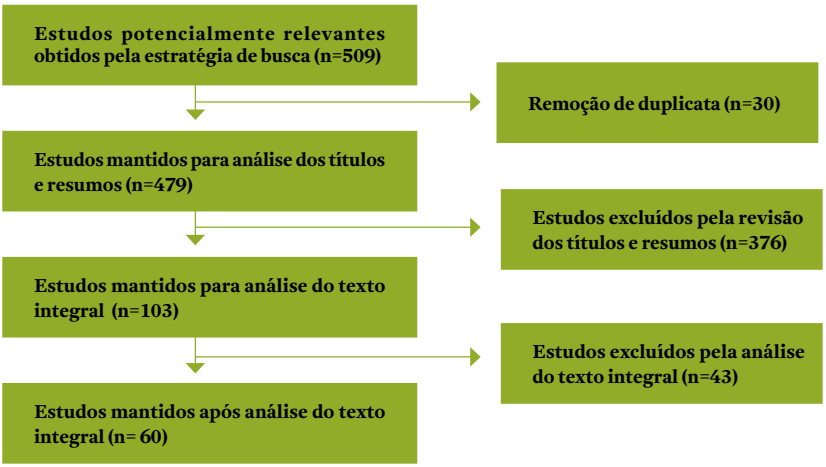
A segunda etapa se deu através da exportação dos 509 estudos para o programa Rayyan, para definir quais seriam incluídos ou excluídos da análise. Duas pesquisadoras participaram dessa etapa. Esse programa permitiu cegar as pesquisadoras que, de maneira independente, realizaram a primeira seleção dos estudos, tornando possível a comparação entre as concordâncias e discordâncias. Também foram identificados e removidos os estudos duplicados. Nessa etapa, foram selecionados 103 estudos para leitura na íntegra e definição da amostra final.

Por fim, na terceira etapa, os 103 estudos foram exportados para o gestor de referências EndNote Web. Esses estudos foram divididos entre três pesquisadoras para realizarem uma leitura na íntegra de todos eles, identificando as relevâncias para a pesquisa e se os critérios de inclusão e exclusão estavam contemplados. Assim, foram selecionados 60 estudos que abordavam pelo menos uma das práticas do critério global CAM.

RESULTADOS

As estratégias de busca permitiram identificar 509 estudos por meio dos descritores. A leitura com análise dos títulos e resumos a fim de selecionar os artigos que fossem pertinentes à pergunta de revisão resultou na manutenção de 103 estudos. Desses, a partir da leitura integral, foram selecionados 60 estudos que tratavam especificamente das práticas do critério global CAM. A Figura 1 representa o fluxo das análises.

Figura 1: Diagrama de fluxo da busca na literatura e inclusão dos estudos



Fonte: Dados da pesquisa, modelo de fluxo adaptado de Peters *et al.* (2020).

O Quadro 1 apresenta os estudos incluídos na análise com os respectivos autores, ano de publicação, título e objetivos. Na última coluna do mesmo quadro, representados em caracteres numéricos, encontram-se as práticas do critério global CAM citadas nos estudos selecionados. Os números discriminados referem-se a:

1. Garantir às mulheres, um acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e/ou emocional durante o pré-parto, parto e pós-parto, se desejarem;
2. Ofertar, às mulheres, líquidos e alimentos leves durante o trabalho de parto;

3. Incentivar as mulheres a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejarem, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando condições para tal;
4. Garantir, às mulheres, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
5. Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, técnicas que devem ser de conhecimento da parturiente, informações essas orientadas à mulher durante o pré-natal;
6. Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, acelerações ou induções do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que necessárias em virtude de complicações e, que em caso de necessidade, isso seja explicado à mulher;
7. Caso o hospital tenha em suas rotinas a presença de doula comunitária/voluntária, autorizar a presença e permitir o apoio à mulher de forma contínua, se for a vontade dela.

Quadro 1: Estudos selecionados conforme autor, ano de publicação, título, objetivos e prática do critério global CAM citado.

	Autor/ano	Título	Cam
1	Jacob, TNO *et al.* (2022)	A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal.	1, 3, 4, 5, 6
2	Oliveira, LLF *et al.* (2017)	As vivências de conforto e desconforto da mulher durante o trabalho de parto e parto.	1, 6
3	Monguilhott, JJC *et al.* (2018)	Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul.	1, 2, 4, 5, 6
4	Queiroz, RR *et al.* (2019)	Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão.	1, 4

	Autor/ano	Título	Cam
5	Piler, AA (2018)	Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição.	1, 2, 3, 5, 6
6	Nye, DY *et al.* (2019)	Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil.	1, 2, 3, 5, 7
7	Amorim, T *et al.* (2020)	Critérios para escolha do acompanhante durante o trabalho de parto.	1
8	Tomasi YT *et al.* (2021)	Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019.	1, 4
9	Escobal, APL *et al.* (2016)	Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição.	1
10	Silva, LS *et al.* (2016)	Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar.	3
11	Gazar, TN; Cordeiro, GO; Souza, JM (2021)	Percepção de parturientes sobre experiência de parto em uma maternidade pública baiana.	1, 3, 5
12	Bonfim, ANA *et al.* (2021)	Percepções de mulheres sobre a assistência de enfermagem durante o parto normal.	3, 4, 5
13	Frutuoso, LD *et al.* (2017)	Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico.	1, 4
14	Scarton, J. (2018)	Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas.	5, 6
15	Alvares, AS *et al.* (2018)	Práticas humanizadas da enfermeira obstétrica: contribuições no bem-estar materno.	5, 6
16	Leal, NP *et al.* (2021)	Práticas sociais de parto e nascimento no Brasil: o discurso de puérperas.	1, 2, 3, 4
17	Oliveira, JC *et al.* (2018)	Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento.	1, 2, 3

	Autor/ano	Título	Cam
18	Ramos, WMA *et al.* (2018)	Contribuição da enfermeira obstetra nas boas práticas de assistência ao parto e nascimento.	1, 6
19	Valadão, CL; Pegoraro RF. (2020)	Vivências de mulheres sobre o parto.	1, 4, 6
20	Gonçalves, AC *et al* (2015)	O acompanhante no centro obstétrico de um hospital universitário do sul do Brasil.	1
21	Gottems, LBD *et al.* (2018)	Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach.	1, 2, 3, 4, 5
22	Honnef, F; Padoin, SMM; Paula, CC (2020)	Razões das ações autônomas da mulher no processo de parto: compreensão fundamentada na fenomenologia social.	1, 3, 5
23	Junges, CF *et al.* (2018)	Ações de apoio realizadas à mulher por acompanhantes em maternidades públicas.	1, 3, 5
24	Klein, BE; Gouveia, HG (2022)	Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto.	1, 3, 5
25	Motta, SAMF *et al.* (2021)	Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha.	1, 2, 3, 4, 5, 7
26	Leal, MS *et al.* (2021)	Práticas de humanização no transcurso parturitivo na ótica de puérperas e enfermeiras obstétricas.	1, 2, 3, 4, 5
27	Lima, MM *et al* (2020)	Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres.	1, 3, 4, 5, 6
28	Maziero, CP *et al.* (2020)	A não presença do acompanhante no parto: visão dos profissionais da saúde.	1
29	Messa, IEG *et al.* (2020)	Ações de acompanhantes durante o parto: Compreensão a partir da fenomenologia social.	1, 3, 4, 5
30	Monteiro, AS *et al.* (2020)	Prática de enfermeiros obstetras na assistência ao parto humanizado em maternidade de alto risco.	1, 2, 3, 4, 5

	Autor/ano	Título	Cam
31	Motta, SAMF *et al.* (2016)	Implementação da humanização da assistência ao parto natural.	1, 3, 5
32	Nakatam, TN; Colombiano, IMC; Rodrigues, RMS (2022)	Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima.	1, 2, 3, 5, 6, 7
33	Nye, DY. (2018)	Desafios para a implementação de uma assistência "amiga da mulher": a presença de acompanhantes e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo.	1, 3, 5
34	Oliveira, PS *et al.* (2019)	Boas práticas no processo de parto: concepções de enfermeiras obstétricas.	3, 4, 5, 6
35	Nobrega, MCP *et al.* (2022)	Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna.	1, 3, 5, 6
36	Pasche, DF *et al.* (2021)	Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha.	4, 5
37	Pereira, SB *et al.* (2018)	Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde.	1, 2, 3, 4, 5
38	Petrucce, LFF *et al.* (2017)	Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências.	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
39	Possati, AB *et al.* (2017)	Humanização do parto: significados e percepções de enfermeira.	2,3,4,5
40	RReis, CSC *et al.* (2016)	Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento.	1,3,5,6
43	Ritter, SK; Gonçalves, AC; Gouveia, HG (2020)	Práticas assistenciais em partos de risco habitual assistidos por enfermeiras obstétricas.	2,3,5,6
44	Santana, EAS *et al.* (2021)	Conhecimento dos enfermeiros de maternidade pública sobre a Política Nacional de Humanização.	1,2,3, 5,6

	Autor/ano	Título	Cam
45	Santos, FSR *et al.* (2019)	Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer.	1,2,4, 5,6,7
46	Silva, CA *et al.* (2022)	Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal.	3,4,5,6
47	Silva, FFA *et al.* (2014)	Atendimento prestado a parturiente em um hospital universitário.	1
48	Silva, LR *et al.* (2021)	O efeito da aplicação da tecnologia educacional na orientação de acompanhantes de parturientes: um estudo randomizado e controlado.	1,3,5
50	Silva, MJS *et al.* (2020)	Qualidade da assistência ao parto e pós-parto na percepção de usuárias da Atenção Primária à Saúde.	1,4
51	Silva, TC *et al.* (2017)	Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa.	1,4,5,6
52	Siqueira, RJ (2017)	Assistência ao parto e presença do acompanhante: um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - "Nascer no Brasil".	1,2,3,5
53	Souza, TA *et al.* (2016)	Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo.	1
54	Tesser, CD *et al.* (2015)	Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer.	4,6
55	Vargas, PB *et al.* (2014)	A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes.	1,2,4, 5,6
56	Vargens, OMC; Silva, ACV; Progianti, JM. (2017)	Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil.	3,4,5,6
57	Vaz, TH; Pivatto, LF. (2014)	Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública.	1,4
58	Velho, MB *et al.* (2019)	Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados.	1,4,5,6

	Autor/ano	Título	Cam
59	Vieira, BC *et al.* (2019)	Aplicação de boas práticas a gestantes no centro obstétrico.	1,3,4, 5,6
60	Zukoff, MKA. (2018)	A promoção da integridade do períneo no cuidado à mulher no parto.	6

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

DISCUSSÃO

Os estudos selecionados para a análise dessa *scoping review* são do âmbito nacional e internacional, de abordagem quanti, quali e quantiqualitativa. Quanto aos objetos de estudo, a maioria aborda o atendimento ofertado às gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto. Dessa forma, a discussão é baseada nas questões norteadoras da pesquisa, que buscou identificar as evidências científicas sobre as práticas do critério global Cuidado Amigo da Mulher (CAM), como têm sido realizadas e quais as dificuldades para a implementação.

A presença do acompanhante de livre escolha para oferecer apoio físico e/ou emocional à mulher durante o pré-parto, parto e pós-parto, foi a mais citada dentre as práticas. Dos 60 estudos selecionados, 45 abordam o tema.

O Ministério da Saúde brasileiro reconhece os benefícios dessa prática e a publicação da Lei 11.108, em 2005, garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do SUS, incluindo rede própria ou conveniada (Brasil, 2005).

Quanto às recomendações da OMS (WHO, 2018) na atenção ao parto normal, a terceira recomendação orienta que é importante, para todas as mulheres ao longo do trabalho de parto, ter um acompanhante, que pode ser qualquer pessoa escolhida por ela, seja o cônjuge, uma amiga ou parente, um membro da comunidade ou alguém da sua rede social, e até uma doula. Ainda segundo a OMS (WHO, 2018), a presença de um acompanhante está diretamente associada à garantia de prestação de serviços de assistência à maternidade respeitosos, competentes e atenciosos.

Em pesquisa de Mariana Silveira Leal *et al.* (2021), estar na companhia de alguém que compartilha a emoção do parto contribui para que a mulher lide melhor com as pressões advindas da lógica burocrática, tecnocrática e impessoal comum aos serviços hospitalares. A presença do acompanhante representa um vínculo com o "antes" do hospital, auxiliando a gestante a situar o parto em sua história de vida.

No estudo de Motta *et al.* (2016), a presença do acompanhante também foi associada à redução da duração do trabalho de parto e da administração de ocitócitos na indução do mesmo, além de contribuir para diminuição da taxa de cesariana, do uso do fórcipe e da necessidade de analgesia. O acompanhante também foi citado como importante para proporcionar segurança e o apoio emocional necessário, por palavras e gestos de carinho e conforto, como é apresentado no estudo de Monguilhott *et al.* (2018).

Apesar de ser considerado um marcador de segurança e qualidade do atendimento, a presença contínua de um acompanhante ainda não é garantida para a maioria das mulheres, visto que muitas ainda são privadas desse direito (Siqueira, 2017) ou ainda o desconhecem (Motta *et al.*, 2016). Dados gerais da pesquisa "Nascer no Brasil" sugerem que as mulheres brasileiras estão sendo expostas aos riscos de iatrogenia no parto e que, apesar de ser considerado um marcador de segurança e qualidade do atendimento, a presença contínua de um acompanhante ainda não é garantida para a maioria delas (Siqueira, 2017).

A orientação da escolha do acompanhante do parto deve ser realizada durante o pré-natal. É importante que a gestante pense antecipadamente sobre a escolha de quem poderá acompanhá-la na maternidade para que o acompanhante possa ser orientado durante o pré-natal quanto ao seu papel, de forma a interagir com a equipe na assistência humanizada que será prestada durante a vivência de um momento tão natural como o parto (Motta *et al.*, 2016).

Quanto às dificuldades da presença do acompanhante, estudos apontam que, em caso de cesárea, o acompanhante nem sempre está presente na Sala de Recuperação Anestésica. O estudo de Gonçalves *et al.* (2015) indicou que 57% das mulheres que participaram da pesquisa relataram que não foi permitido a entrada do acompanhante no referido local. Outras dificuldades se referem ao espaço físico inadequado das

maternidades para acolher os acompanhantes e a superlotação (Gonçalves *et al.,* 2015).

Segundo Monguilhott *et al.* (2018), a restrição da presença do acompanhante pode ser decorrente de muitos profissionais não consideram o parto/nascimento como um evento familiar, mas sim um ato médico, que deve ser atendido em ambiente "estéril", sem a presença de pessoas leigas, devido ao seu potencial de risco às infecções e à possibilidade de intervenções caso sejam diagnosticadas intercorrências. Tal restrição também foi citada por Motta *et al.* (2016), mencionando em sua pesquisa que a lei do acompanhante não foi cumprida em sua totalidade, pois restrições quanto ao sexo e permanência na sala de parto foram impostas pela cultura institucional e profissional.

Em outro estudo realizado no Piauí, observou-se que a presença do acompanhante não foi garantida durante todo o período da permanência da mulher na instituição, sendo relatado que 74,1% das participantes da pesquisa tiveram o acompanhante na sala de pré-parto e 58,3% na sala de parto. Ainda na mesma pesquisa, mulheres não estavam com acompanhante por terem sido admitidas já em período expulsivo, por vontade do acompanhante de não entrar na sala de parto ou por falta de roupas para entrar no centro de parto da instituição (Zukoff, 2018). Também foi citado, no estudo de Monguilhott *et al.* (2018), que, apesar dos acompanhantes estarem com as mulheres durante o trabalho de parto, são impedidos de assistirem ao parto quando evolui para a cesariana.

A presença do acompanhante também esteve relacionada com a próxima prática a ser discutida, visto que, na pesquisa de Monguilhott *et al.* (2018), a sua presença foi associada como favorável à maior oferta de líquidos/alimentos às gestantes durante o trabalho de parto. Apresentada como a segunda prática do critério CAM, a OMS (WHO, 2018) indica, na sua 24ª orientação, que as gestantes devem ser incentivadas quanto a ingesta de líquidos orais e alimentos leves, já que foi constatado que a restrição da dieta não possui benefícios.

Porém, em pesquisa de Neide Pires Leal *et al.* (2021), realizada com 10.665 puérperas entre 2016 e 2017, pacientes relataram fome no trabalho de parto e má qualidade das refeições nas maternidades. Também houve relato de que as refeições são muito secas e não é considerada a importância da consistência da dieta favorável à amamentação.

A orientação do jejum no trabalho de parto ainda permanece alta, visto que, das 23.940 mulheres que participaram da pesquisa realizada por Monguilhott *et al.* (2018), apenas 32,7% informaram que foram autorizadas a beber ou comer no trabalho de parto. Em contrapartida, Petrucce *et al.* (2017) aborda que o jejum só é necessário se existir grande probabilidade de cesariana ou de anestesia geral.

A terceira prática do CAM trata da importância de incentivar as mulheres a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejarem, e a adotar posições de sua escolha durante o parto. Evidências científicas mostram que essa movimentação está associada a melhores desfechos e maior satisfação materna (Nye *et al.,* 2019). Nessa prática, é importante associar o apoio do acompanhante às boas práticas, como o banho e a movimentação na capacidade de reduzir a dor e a duração do trabalho de parto (Monguilhott *et al.,* 2018).

As recomendações 34 e 35 da OMS (WHO, 2018) abordam a posição da mulher durante o parto sem e com analgesia epidural, respectivamente. Para os partos com analgesia, a OMS recomenda a livre escolha de posição por parte da mulher. Para os partos sem analgesia, recomenda-se encorajar a livre escolha de posições, incluindo as verticais. Isso está associado à redução da episiotomia e de partos instrumentados.

Sendo assim, incentivar a parturiente, consiste em, de acordo com sua destreza motora, alternar posturas, como sentada no leito, na cadeira ou na banqueta, em decúbito lateral, ajoelhada, agachada, de quatro apoios ou em pé com inclinação de tronco. As mudanças posturais podem diminuir a dor materna, facilitar a circulação materno-fetal e a descida do feto na pelve materna (Motta *et al.,* 2016).

O encorajamento do parto ativo através da verticalização e a liberdade de movimento ao longo do trabalho de parto são práticas que devem ser rotineiramente realizadas e incentivadas pelos profissionais da saúde. A cultura da posição deitada (litotômica) fornece pouca autonomia à mulher sobre o processo do parto e retarda o período expulsivo (Nakata; Colombiano; Rodrigues, *2022*). Além disso, há benefícios físicos e psicológicos: aumenta o senso de controle pela mulher e as contrações são mais efetivas, além de não haver os efeitos adversos fisiológicos sobre a mulher e o bebê advindos da posição supina (Nye *et al.,* 2019). A deambulação deve ser incentivada durante o primeiro período do parto e observam-se melhores

resultados materno-fetais quando são adotadas as posições verticalizadas (Petrucce *et al.,* 2017).

No entanto, de acordo com sobre a pesquisa de Monguilhott *et al.* (2018) com 23.940 mulheres, pouco mais da metade das parturientes teve liberdade de posição e movimento. Além disso, raras foram as que conseguiram parir em posição não litotômica.

A quarta prática do CAM, que aborda a importância de garantir às mulheres um ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave, foi pouco abordada dentre os estudos. No entanto, Pasche *et al.* (2021) tratam sobre a importância da disponibilidade e da adequação de quarto PPP (pré-parto, parto e pós-parto) como um dos aspectos importantes na avaliação das potencialidades do sistema de saúde em responder às necessidades de atenção às mulheres e recém-nascidos durante o parto e o nascimento. Para os autores, o quarto PPP possibilita a promoção das boas práticas e evita os constrangimentos da assistência em salas coletivas. Infelizmente, as salas coletivas são uma realidade na maioria dos hospitais, observando um início no processo de mudança da ambiência.

A quinta prática do CAM trata de disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor. As recomendações 21 e 22 da OMS (WHO, 2018) abordam as técnicas não farmacológicas de alívio da dor, como massagem, aplicação de compressas quentes, imersão em água, acupuntura e práticas culturais, que a mulher pode realizar de acordo com sua preferência.

Na pesquisa realizada por Monguilhott *et al.* (2018), apenas 32,7% fizeram uso de algum método não farmacológicos para alívio da dor, tais como banheira, chuveiro, bola, massagem, banquinho de cócoras e cavalinho. Já em um estudo realizado em maternidade de risco habitual de Maceió, a maior parte das mulheres atendidas fez uso do método não farmacológico de alívio da dor (75,4% dos partos), e os que mais se destacaram foram a bola suíça, a deambulação e o banho de aspersão (Vieira *et al.,* 2019).

Vale ressaltar que, quanto a esse quesito, foi citada a importância da atuação dos enfermeiros obstetras como fundamental na assistência ao parto, pois, além de realizarem orientações sobre o papel do acompanhante durante o trabalho de parto, promovem o uso dos métodos não farmacológicos para o alívio da dor, como óleos de massagem, bola suíça, posições verticalizadas, estímulo ao banho, e também, acerca da

liberdade de escolha, quanto à posição de parir e de não incentivarem os puxos dirigidos (Monteiro *et al.,* 2020).

A sexta prática do CAM aborda sobre assegurar os cuidados que reduzam procedimentos invasivos. Sobre essa temática, as recomendações 41, 42 e 43 da OMS (WHO, 2018) tratam do uso profilático de uterotônicos no terceiro período (pós-parto) para prevenção de hemorragias, sendo recomendadas 10 UI (unidades) de ocitocina intramuscular ou intravenosa. Nos locais onde esse medicamento não está disponível, recomenda-se o uso de uterotônicos injetáveis, como metilergometrina, ou misoprostol oral.

Em estudo de Nakata, Colombiano e Rodrigues (2022), observou-se uma taxa de uso de ocitocina pós-parto elevada, variando entre 98,37% e 100%. Já na pesquisa realizada por Monguilhott *et al.* (2018), do total de 23.940 mulheres que fizeram parte da pesquisa, a maioria recebeu ocitocina (52,2%).

Ainda na mesma pesquisa, identificou-se que 51,2% das mulheres tiveram a membrana amniótica rompida de forma artificial. Em grande parte delas, foi realizado tricotomia (43,6%) e enema (37,0%), e poucas receberam anestesia epidural ou ráqui (9,1%). Durante o parto, pouquíssimas puderam escolher a posição diferente da litotômica para parir (5,1%) e muitas receberam uma episiotomia (44,1%) ou pressão no fundo uterino para empurrar o bebê (manobra de Kristeller) (27,6%). Poucas mulheres permaneceram na mesma sala durante o pré-parto, o parto e o pós-parto (sala PPP) (16,4%) (Monguilhott *et al.,* 2018).

Destaca-se que a manobra de Kristeller deve ser evitada, visto que provoca desconforto materno, traz efeitos deletérios para o útero, o períneo e o feto e é ineficaz na redução do segundo estágio do trabalho de parto (Leal, N. P. *et al.,* 2021). Quanto ao uso da episiotomia, a recomendação 39 da OMS (WHO, 2018) desaconselha o seu uso rotineiro em mulheres que evoluem para o parto vaginal espontâneo, pois não há evidências que corroborem o seu uso de rotina, podendo ser necessário em emergências obstétricas, tais como parto instrumental e distocia de ombro.

Quanto à presença da doula comunitária ou voluntária, a sétima prática do CAM, pouquíssimos estudos abordaram o tema. No entanto, foi citada por Santos *et al.* (2019), por contribuir no relaxamento e controle da dor das parturientes, pois auxiliam na participação ativa das mulheres, gerando sensação de autonomia e capacidade de prosseguir com o parto, além de

auxiliar na garantia de que os desejos das mulheres sejam respeitados naquele momento. No entanto, por se tratar atualmente de uma atividade remunerada, pouco se vê a sua presença voluntária nas maternidades públicas.

CONCLUSÃO

Esta revisão possibilitou mapear as evidências científicas sobre as práticas do critério Cuidado Amigo da Mulher (CAM), sendo a importância da presença do acompanhante a mais identificada entre os estudos. Espera-se, com esta pesquisa, contribuir para o debate que se faz urgente frente à construção de estratégias voltadas à melhoria nos indicadores da assistência às gestantes no trabalho de parto, parto e pós-parto.

As práticas de atenção às mulheres e às crianças precisam ser vistas com prioridade, logo há razões para se realizar investimentos no ambiente do parto e na qualificação das pessoas que realizam a assistência. Urge a necessidade da melhoria dos espaços físicos nas maternidades, visto que esse avanço contribui para a acomodação e o papel dos acompanhantes, a deambulação e a movimentação da gestante, assim como a oferta dos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

Por fim, com base no desenvolvimento inicial deste estudo, recomenda-se que outras pesquisas sejam desenvolvidas com foco no Cuidado Amigo da Mulher, principalmente no que tange à participação da doula comunitária/voluntária e às práticas integrativas, como o uso das terapias com medicamentos (como o uso de ervas medicinais) e sem medicamentos, como acupuntura, ioga, musicoterapia, aromaterapia, massagens corporais, banhos, técnicas de respiração, de relaxamento, toques confortantes, e outras terapias físicas, mentais e espirituais.

REFERÊNCIAS

ALVARES, Aline Spanevello *et al*. Humanized practices of obstetric nurses: contributions in maternal welfare. **Rev. Bras. Enferm**, v. 17, p. 2620-2627, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202620. Acesso em: 31 jan. 2023.

AMORIM, Torcata *et al*. Critérios para escolha do acompanhante durante o trabalho de parto. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 34, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-86502020000100342. Acesso em: 31 jan. 2023.

AROMATARIS, E.; MUNN, Z. **JBI Manual for Evidence Synthesis**. Noth Adelaide, Australia: JBI, 2020. Disponível em: https://jbiglobalwiki.refined.site/space/MANUAL. Acesso em: 31 jan. 202

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 569, de 1° de junho de 2000. Institui o Programa Pré-natal e Nascimento. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20 dez. 2022.

BRASIL. Lei n 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1153_22_05_2014.html. Acesso em: 24 mar. 2023.

ESCOBAL, Ana Paula de Lima *et al.* Experiências das puérperas adolescentes no processo de parturição. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.8, n. 3, p. 4711-4716, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4478/pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

FIGUEIROA, Maria das Neves *et al.* Acolhimento do usuário e classificação de risco em emergência obstétrica: avaliação da operacionalização em maternidade-escola. **Esc Anna Nery**, v. 21, n. 4, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/KxbYyrWtqR5mrRJBJSPfnpQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 31 jan. 2023.

FRUTUOSO, Letícia Demarche *et al.* Percepções do acompanhante de escolha da mulher acerca da organização e ambiência do centro obstétrico. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 9, n. 2, p. 363-370, 2017. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4928/pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

GAZAR, Thalita Nascimento; CORDEIRO, Gleice de Oliveira; SOUZA, Jackeline Maria. Percepção de Parturientes Sobre Experiência de Parto em uma Maternidade Pública Baiana. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 36-53, 2017. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3480/2928. Acesso em: 31 jan. 2023.

GONÇALVES, Annelise de Carvalho *et al.* O acompanhante no centro obstétrico de um hospital universitário do sul do Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem** (Online), v. 36, n. spe, p. 159-167, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rgenf/a/jzyJBJXdFfLV6ybh6w4b9yt/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

GOTTEMS, Leila Bernarda Donato *et al*. Good practices in normal childbirth: reliability analysis of an instrument by Cronbach's Alpha. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.26, e3000, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/QZr3NbtcZH7BZ5srRnwKhdj/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

HONNEF, Fernanda; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de. Reasons for Women's Autonomous Actions in the Childbirth Process: an Understanding Based on Social Phenomenology. **Texto e Contexto Enfermagem** [internet], v. 29, e20190283, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/tce/v29/pt_1980-265X-tce-29-e20190283.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

JACOB, Tatianni de Nazaré Oliveira *et al*. A percepção do cuidado centrado na mulher por enfermeiras obstétricas num centro de parto normal. **Escola Anna Nery**, v. 26, e20210105, 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/GYhvc6TGdgSzZMnFCQfBWXS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

JBI. Joanna Briggs Institute. **Methodology for JBI Scoping Reviews** - Joanna Briggs 2015. [Internet]. Australia: JBI, c2015. Disponível em: https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/%20Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023.

JUNGES, Carolina Frescura *et al*. Support actions undertaken for the woman by companions in public maternity hospitals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 26, e2994, 2018. Disponível: http://www.revenf.bvs.br/pdf/rlae/v26/0104-1169-rlae-26-e2994.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

KLEIN, Bruna Euzébio; GOUVEIA, Helga Geremias. Utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto. **Cogitare Enfermagem**, v. 27, e80300, 2022. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v27/2176-9133-cenf-27-e80300.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

LAMY, Zeni Carvalho *et al*. Atenção ao parto e nascimento em maternidades do Norte e Nordeste brasileiros: percepção de avaliadores da Rede Cegonha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 951-960, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/T6PJtHMtDRJpCmwHtJKgvsD/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

LEAL, Mariana Silveira *et al*. Humanization practices in the parturitive course from the perspective of puerperae and nurse-midwives. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v. 74, supl. 4, e20190743, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/rLrckvzCp8sh8GtLqGx6xSH/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 10 fev. 2023.

LEAL, Neide Pires *et al*. Práticas sociais do parto e do nascer no Brasil: a fala das puérperas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 941-950, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/ac8q3b3jhmnqHQftKxfJQBrm/?format=pdf&lang=p. Acesso em: 10 fev. 2023.

LIMA, Margarete Maria de *et al*. Enfermeiras obstétricas no processo de parturição: percepção das mulheres. **Revista de enfermagem UERJ**, v. 28, e45901, 2020. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/45901/35897. Acesso em: 10 fev. 2023.

MAZIERO, Carolina Pitta *et al*. The Non-presence of Companions at Childbirth: Vision of Health Professionals. **Rev. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, v. 12, p. 531-536, 2020. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/8627/pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

MESSA, Iris Elisabete Gomes *et al*. Ações de acompanhantes durante o parto: Compreensão a partir da fenomenologia social. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v. 25, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362020000100355. Acesso em: 10 fev. 2023.

MONGUILHOTT, Juliana Jacques da Costa *et al*. Nascer no Brasil: the presence of a companion favors the use of best practices in delivery care in the South region of Brazil**. Rev Saúde Pública**, v. 52, n. 1, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rsp/a/XJcsDzp7RjhSvhHDtP4HSBc/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 10 fev. 2023.

MONTEIRO, Alessandra Sousa *et al.* Practice of obstetric nurses in humanized childbirth care in a high-risk maternity. **Revista Rene**, v. 21, e43863, 2020. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/43863. Acesso em: 10 fev. 2023.

MOTTA, Silvia Adrya Martins Franco *et al*. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. **Revista de enfermagem UFPE online**, v. 10, n. 2, p. 593-599, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10994/12348. Acesso em: 08 fev. 2023.

NAKATA, Taise Namie; COLOMBIANO, Isa Mafalda Costa; RODRIGUES, Raíssa Maria Sampaio. Análise das boas práticas de atenção ao parto em maternidade pública de Roraima. **Femina**, v. 50, n. 6, p. 360-6, 2022. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/08/1380718/femina-2022-506-360-366.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

NÓBREGA, Maria Clara Paiva *et al*. Avaliação da qualidade da assistência ao parto normal hospitalar por meio do índice de Bologna. **Enfermeria Global**, v. 21, n. 66, 2022. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v21n66/pt_1695-6141-eg-21-66-356.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

NYE, Denise Yoshie *et al*. Como superar a cultura da imobilização física das parturientes? Resultados parciais de estudo de intervenção em São Paulo, SP, Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 23, e180074, 2019. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/icse/2019.v23/e180074/pt. Acesso em: 08 fev. 2023.

NYE, Denise Yoshie. **Desafios para implementação de uma assistência "Amiga da Mulher"**: a presença do acompanhante e a mobilidade no parto em uma maternidade do SUS em São Paulo. 2018. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, USP, São Paulo, 2018. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-23042018-141716/publico/DeniseYoshieNiyREVISADA.pdf. Acesso em: 28 jan. 2023

OLIVEIRA, Jean Carlos de *et al*. Assistência obstétrica no processo de parto e nascimento. **Rev. de Pesq. Cuid. Fund. Online**, v. 10. p. 450-457, 2018. Disponível em: http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6083/pdf_1. Acesso em: 31 jan. 2023

OLIVEIRA, Patrícia Santos *et al*. Boas práticas no processo de parto: concepções de enfermeiras obstétricas. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v. 72, n. 2, p. 475-483, 2019. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/reben/v72n2/pt_0034-7167-reben-72-02-0455.pdf. Acesso em: 08 fev. 2023.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Declaração sobre prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde**. Genebra: OMS, 2014.

PASCHE, Dário Frederico *et al*. Transição do modelo de ambiência em hospitais que realizam partos na Rede Cegonha**. Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3, p. 887-896, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/f3jbqhFD7gztHGQGzbR37tM/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

PEREIRA, Simone Barbosa *et al.* Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Bras. Enferm** [Internet], v. 71, supl. 3, p. 1393-1399, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/XYksDZmcHxdFTppBV87bxrn/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 10 fev. 2023.

PETRUCCE, Luiz Fernando Fernandes *et al*. Humanização no atendimento ao parto baseada em evidências. **Femina**, v. 45, n. 4, 2017. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050724/femina-2017-454-212-222.pdf. Acesso em: 10 fev. 2023.

PILER, Adriana Aparecida. **Boas práticas obstétricas: guia para sistematização dos cuidados de enfermagem no processo de parturição**, 2018. Disponível em: http://hdl.handle.net/1884/57361. Acesso em: 31 jan. 2023.

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C. M.; KHALIL, H.; MCLNERNEY, P.; PARKER, D.; SOARES, C. B. Guidance for Conducting Systematic Scoping Reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare** (Austrália), v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. DOI: https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCLNERNEY, P.; MUNN, Z.; TRICCO, A. C.; KHALIL, H. Chapter 11: Scoping Reviews. **JBI Manual for Evidence Synthesis**. Adelaide (Austrália), 2020. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL. Acesso em: 31 jan. 2023.

POSSATI, Andrêssa Batista *et al*. Humanização do parto: significados e percepções de enfermeiras. **Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem**, v. 16, 2017. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000400203. Acesso em: 28 jan. 2023

QUEIROZ, Rafaela Roque *et al.* Assistência prestada às mulheres que foram submetidas à cesariana por parada de progressão. **REME - Rev. Mineira de Enfermagem**, v. 23, 2019. Disponível em: https://reme.org.br/artigo/detalhes/1347. Acesso em: 28 jan. 2023

RAMOS, Wania Maria Antunes *et al*. Contribution of obstetric nurse in good practices of childbirth and birth assistance. **Revista de Pesquisa-Cuidado e Fundamental Online**, v. 10. p. 173-179, 2018. Disponível em: https://pdfs.semanticscholar.org/b538/1074a9ec268b8515df11145c31596a5255a9.pdf. Acesso em: 31 jan. 2023

REIS, Carlos Sérgio Corrêa dos *et al*. Análise de partos acompanhados por enfermeiras obstétricas na perspectiva da humanização do parto e nascimento. **Revista de Pesquisa-Cuidado e Fundamental Online**, v. 8. p. 4972-4979, 2016. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3966/pdf. Acesso em: 28 jan. 2023

RITTER, Simone Konzen; GONÇALVES, Annelise de Carvalho; GOUVEIA, Helga Geremias. Care Practices In Normal-Risk Births Assisted By Obstetric Nurses. **Acta Paulista De Enfermagem**, v. 33, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/fnLqLxc9ymjW4kNFZFJ8z5h/?lang=en. Acesso em: 28 jan. 2023.

SANTANA, Euzamar de Araujo Silva *et al*. Conhecimento das Enfermeiras das Maternidades Públicas sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Humanidades e Inovação**, v. 8, n. 44, 2021. Disponível em: https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/4455. Acesso em: 28 jan. 2023

SANTOS, Fernanda Soares de Resende *et al*. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 6, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/FrXHFqx57JpZBsFV5Xdt3jB/?lang=pt. Acesso em: 28 jan. 2023.

SANTOS, M. P. da S. *et al*. Humanização do parto: desafios do Projeto Apice On. *Ciência & Saúde Coletiva*, *27*(5), 1793–1802, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23602021

SCARTON, Juliane. Práticas de atenção ao parto normal: a experiência de primíparas. J. res.: estilingue. **Cuidado online**, v.10, n. 1, p. 17-24, 2018. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5918/pdf. Acesso em: 31 jan. 2023

SILVA, Clemilda Alves da *et al*. Percepções atribuídas por parturientes sobre o cuidado de enfermeiras obstétricas em centro de parto normal**. Rev. Enferm. UFSM,** v. 12, 2022. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/68105/47433. Acesso em: 28 jan. 2023.

SILVA, Francisca Francineide Andrade da *et al*. Service rendered to parturient at a university hospital. **J. Res.: Fundam. Care Online**, v. 6. p. 282-292, 2014. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3002/pdf_1061. Acesso em: 28 jan. 2023.

SILVA, Laise Ramos e *et al*. The effect of educational technology use to guide parturient women's companions: a randomized controlled study. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/SbSnVHSHhrbD7TgNxvSw9mP/?format=pdf&lang=en. Acesso em: 28 jan. 2023.

SILVA, Lorena Sabbadini da *et al*. Os saberes das mulheres acerca das diferentes posições de parir: uma contribuição para o cuidar**. Rev. Enferm. UFPE on line**, v. 10, supl. 4, p. 3531-3536, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11127/12615. Acesso em: 31 jan. 2023.

SILVA, Magda Jaqueline Santos da *et al*. Qualidade da assistência ao parto e Pós - Parto na percepção de usuárias Da atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 6, p. 1-17, 2020. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/16292/12524. Acesso em: 28 jan. 2023.

SILVA, Thayná Champe da *et al*. Práticas de atenção ao parto e nascimento: uma revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 7. p. 1-8, 2017. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/1294/1314. Acesso em: 28 jan. 2023

SIQUEIRA, Raquel de Jesus. **Assistência ao parto e presença do acompanhante:** um estudo sobre as jovens do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento - "Nascer no Brasil". 2017. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-17042017-093732/pt-br.php. Acesso em: 28 jan. 2023.

SOUZA, Tania Alcantara *et al*. Sentimentos vivenciados por parturientes em razão da inserção do acompanhante no processo parturitivo. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 10, 2016. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11251/12867. Acesso em: 28 jan. 2023

TESSER, Charles Dalcanale *et al.* Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**, v. 10. p. 1-12, 2015. Disponível em: https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1013/716. Acesso em: 28 jan. 2023

TOMASI, Yaná Tamara *et al*. Do pré-natal ao parto: um estudo transversal sobre a influência do acompanhante nas boas práticas obstétricas no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n. 1, e2020383, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/ZHFXkKHPPypjwbtHCxsRjqP/?lang=pt. Acesso em: 31 jan. 2023

VALADÃO, Carolina Lemes; PEGORARO, Renata Fabiana. Vivências de mulheres sobre o parto. **Fractal rev. psicol**, v. 32. p. 91-98, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922020000100091. Acesso em: 31 jan. 2023

VARGAS, Pricilla Braga *et al*. A assistência humanizada no trabalho de parto: percepção das adolescentes. **J. Res.: Fundam. Care Online**, v. 6, n. 3, p. 1021-1035, 2014. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3143/pdf_1350. Acesso em: 28 jan. 2023

VARGENS, Octavio Muniz da Costa; SILVA, Alexandra Celento Vasconcellos da; PROGIANTI, Jane Márcia. Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 21, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000100215. Acesso em: 28 jan. 2023

VAZ, Thabita Helena; PIVATTO, Liane Fuhr. Avaliação da presença do acompanhante no parto e puerpério em maternidade pública. **Cogitare enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 545-552, 2014. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/pdf/ce/v19n3/16.pdf. Acesso em: 28 jan. 2023.

VELHO, Manuela Beatriz *et al.* Modelos de assistência obstétrica na Região Sul do Brasil e fatores associados. **Cad. Saúde Pública** (Online), v. 35, n. 3, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/d9PHq6s8x9cgpKzy4ttf47s/?lang=pt. Acesso em: 28 jan. 2023.

VIEIRA, Bianca da Costa *et al*. Applying best practices to pregnant women in the obstetric center. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, supl. 3, p. 191-196, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/xSfbDHy8RqRTv8trM36jwbg/?lang=en. Acesso em: 28 jan. 2023.

WHO - World Health Organization. **Guia de implementação da lista de verificação da OMS para partos seguros**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/199177/9789248549458-por.pdf?sequence=5&isAllowed=y. Acesso em: 24 mar. 2023

WHO - World Health Organization. **WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf. Acesso em: 18 Mar. 2023.

ZUKOFF, Mariana Kelly de Almeida. **A promoção da integridade do períneo no cuidado à mulher no parto.** 2018. 136 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

3

ROSIMERE DE CARVALHO LESSA
MARIA HELENA DA COSTA AMORIM
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
KELLY CHRISTINY DA COSTA
KARLA DE MELO BATISTA
MARIA EDLA DE OLIVEIRA BRINGUENTE

A ESTRATÉGIA PEDAGÓGICA DE OFICINA NA IMPLEMENTAÇÃO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE OS EXERCÍCIOS DE RELAXAMENTO PARA GESTANTES DE ALTO RISCO

INTRODUÇÃO

Na gestação de alto risco, as síndromes ansiosas são consideradas transtornos que comprometem a saúde da mãe e do feto, por causarem ansiedade excessiva, apreensão, medo, alteração do sono e irritabilidade, sendo esses alguns exemplos de problemas que necessitam da intervenção de enfermagem (Paz *et al.*, 2022). Essas gestantes apresentam déficit de conhecimento e necessitam de acompanhamento em todo o período gestacional, com avaliação criteriosa, capaz de detectar sentimentos e sintomas que possam diagnosticar as suas necessidades físicas e emocionais, como um quadro de depressão, ansiedade e estresse. No entanto, cuidados especiais podem ser planejados e introduzidos de maneira precoce, contínua e de forma individualizada, contribuindo para o seu bem-estar (Teles *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2016).

A prática do relaxamento, por meio de exercícios de respiração e imaginação criativa, tem se apresentado como terapêutica complementar, trazendo evidências na diminuição e enfrentamento da ansiedade e estresse. O aprendizado dessa técnica pode ocorrer através de estratégias pedagógicas diversas, entre as quais a oficina apresenta-se como uma possibilidade (Amorim; Lopes Júnior, 2021; Araújo *et al.* 2016).

A oficina, enquanto uma estratégia pedagógica de ensino e aprendizagem, constitui uma modalidade didática que permite a mobilização de conhecimentos a partir das interações entre os participantes. Essa estratégia pedagógica proporciona espaço de aproximação, comunicação, produção, construção e reconstrução coletiva de saberes e conhecimentos. São muitos os contextos nas ciências humanas e exatas, em especial na área de enfermagem, em que as oficinas pedagógicas são usadas como intervenção (Cauduro; Prado, 2022).

Observa-se, também, que as oficinas pedagógicas assumem, nos contextos de suas práticas, referenciais teóricos e metodológicos diversos. A pluralidade teórica no processo de construção desvela evidências de novos paradigmas de se fazer ciência no processo de inovação tecnológica. Na enfermagem, os estudos participativos emergem como desafios do cotidiano de trabalho do profissional enquanto uma prática clínica e social (Cauduro; Prado, 2022; Mainardes, 2018)

O enfermeiro apresenta-se, nesse contexto, como um mediador, um profissional capaz de criar e recriar, construir e reconstruir tecnologias com base na evidência científica, buscando formas coletivas, criativas e democráticas; epistemologias vivas para fazer face aos desafios do cotidiano de suas práticas. Com isso, necessita da construção de diálogo inter e transdisciplinar pautado nas teorias que envolvam a sua ciência e a sua arte – a enfermagem (McEwen; Wills, 2009) – junto às ciências das áreas humanas, exatas e sociais, além das artes. É necessário um "saber fazer" pesquisador inovador, criando e recriando através das realidades práticas, de forma coletiva e embasadas de concepções participativas, democratizantes e emancipatórias (Freire, 1981; Mejía, 2015).

O enfermeiro respaldado por uma prática pedagógica problematizadora, participativa, dialógica e emancipatória valoriza os fundamentos teóricos sociofilosóficos da educação. Esse embasamento é valioso no desenvolvimento e implementação de medidas terapêuticas junto à população na prática desse profissional, tanto no ensino como na assistência (Freire, 1981).

Assim, a gestante, quando apresenta um quadro de ansiedade, necessita de cuidados que possam intervir nas suas demandas estressoras e no estresse, no cuidado humano. As estratégias de enfrentamento ou *coping*, dentre elas o relaxamento, apresentam-se como eficazes (Rezende *et al.*, 2021; Amorim, Lopes Júnior, 2021).

A prática da técnica de relaxamento utilizando exercícios de respiração e imaginação criativa no enfrentamento da ansiedade e estresse em gestantes, por meio de oficina usando a criatividade e a dialogicidade, apresenta-se como uma das medidas terapêuticas complementares no cuidado humanizado, repercutindo na diminuição da ansiedade e do estresse (Benson, 1993; Freire, 1981). Independente da terapia medicamentosa que essas gestantes façam uso, o ensino de

técnicas de relaxamento como intervenção de enfermagem deve ser orientado como uma ação para o autocuidado a ser vivenciado pela gestante, como um recurso terapêutico à sua depressão, ansiedade e estresse (Araújo *et al.* 2016).

Nesse sentido, tem-se como objetivo neste trabalho descrever a estratégia pedagógica de oficina no processo de implementação da tecnologia educacional usando técnica de relaxamento às gestantes de alto risco.

PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo é parte da Dissertação de Mestrado de Rosimere de Carvalho Lessa (2015), que recebeu o Registro do CAAE 46015815.2.0000.5071.

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa. As pesquisas nessa vertente estão preocupadas com a subjetividade dos sujeitos do estudo e a sua unidade de significado, com relevância específica para o estudo das relações sociais, devendo-se ao fato de tratar-se da pluralização das esferas da vida (Minayo, 2014; Flick, 2004).

Desenvolveu-se uma oficina para trabalhar a questão da ansiedade e estresse junto a 25 gestantes de alto risco internadas na maternidade de um hospital de ensino da região Sudeste do Brasil. Elas foram convidadas a participar do estudo após uma explicação sumária do seu teor, sendo a participação voluntária. O Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelas gestantes quando compareceram em horário pré-determinado no ambiente do próprio setor da maternidade.

A dinâmica empreendida em todas as etapas da oficina segue descrita no Quadro 1. A coleta de dados contou com o registro de imagens e das falas das participantes, que foram gravadas, transcritas pela pesquisadora, registradas em diário de campo (Minayo, 2014) e, após, destruídas.

Quadro 1: Etapas do desenvolvimento da "Oficina de sensibilidade e criatividade: A gestante de alto risco e seu mundo sensível".

Etapas	Atividades	Estratégias
1º Acolhimento e reconstrução	1º Acolhimento	Sentar-se confortável
	2º Tocar uma região do corpo	Socializando a percepção sobre o seu auto toque
	3º Momento de arte (construção individual e coletiva)	Socializando a produção artística: Reconstruindo imagens dos desenhos da cartilha coletivamente
2º Interpretando os desenhos	4ª Problematizando	Apresentando simulação dos exercícios de relaxamento e reconstruindo coletivamente o processo.
3º Intervenção	5ª Vivenciando os exercícios	Gestante realizando os exercícios de relaxamento e recebendo orientação individual e coletiva. Orientado a realização dos exercícios de forma individual na enfermaria.
4º Avaliação	Autoavaliação e hetero-avaliação Avaliação formativa Avaliação somativa	Avaliação somativa usando a cartilha. Avaliação pelas gestantes usando um instrumento e atribuindo um escore de zero a dez para cada atividade desenvolvida.

Fonte: Adaptado pelas autoras conforme Cauduro e Prado, 2022.

Com a vivência do uso da tecnologia educacional, a oficina teve como objetivos: promover acolhimento, implementar e avaliar uma tecnologia educacional usando os exercícios de relaxamento segundo Benson (1993) junto às gestantes de alto risco. A oficina foi desenvolvida em duas partes. A primeira refere-se à dinâmica de acolhimento; e a segunda parte trata da vivência dos exercícios de relaxamento com as gestantes.

Primeira parte: Dinâmica de acolhimento.

- Momento 1 – Pediu-se que as gestantes ficassem em posição confortável, em círculo, e que cada pessoa se apresentasse e se autotocasse em uma região de sua preferência;
- Momento 2 – Discutiu-se as facilidades e dificuldades em falar do corpo e o significado de cada região escolhida;
- Momento 3 – Solicitou-se que o grupo utilizasse os recursos do desenho para tentar passar para o papel suas emoções sobre a experiência de ser uma gestante de alto risco e sua hospitalização;
- Momento 4 – Solicitou-se, ao término da atividade, que cada gestante apresentasse a sua produção estética, ou seja, o que fez de desenho, de colagem, ou outras expressões;
- Momento 5 – Promoveu-se um debate sobre as questões apresentadas nessa primeira parte.

Segunda parte: Vivência dos exercícios de relaxamento, aplicação junto as gestantes.

Apresentação e explicações dos desenhos sobre a técnica de relaxamento adaptada Benson (1993) às gestantes de alto risco (Figura 1):

- Momento 1 – A gestante escolhe uma palavra ou uma curta frase, baseada em sua crença como ponto de referência ou um bom pensamento. A escolha da palavra fica a cargo da pessoa. Aqui, não há inferência de palavras por parte do pesquisador;
- Momento 2 – Silenciosamente, senta-se de modo confortável, fecha os olhos e usa a imaginação para criar bons pensamentos;
- Momento 3 – Procura relaxar a musculatura e respirar, puxando o ar pelo nariz de forma lenta e profunda e soltando o ar, expirando, pela boca;
- Momento 4 – Continua respirando, puxando o ar pelo nariz de forma lenta e profunda e soltando o ar, expirando, pela boca. Continua repetindo a palavra ou frase silenciosamente à medida que for expirando;
- Momento 5 – Continua respirando devagar e naturalmente do começo até o fim, assume uma atitude passiva, não se preocupando como está se saindo. Ao término dos exercícios permanecer na mesma posição (de segundos ou minutos), primeiramente com os

olhos fechados e depois com os olhos abertos. Por fim, solicitou-se às gestantes que produzissem uma autoavaliação e considerou para cada momento a seguinte pergunta: "Você conseguiu realizar de forma satisfatória essa atividade" – Sim( ) Em parte( ) Não( ).

Figura 1: O exemplar da tecnologia educacional com os exercícios de relaxamento.

Desenho que ilustra a capa da cartilha

Sentar-se confortável e fechar os olhos

Criar bons pensamentos

Inspirar e expirar mantendo bons pensamentos

Continuar inspirando e expirando

Lentamentamente abrir os olhos

A estratégia pedagógica da oficina constituiu-se do momento do acolhimento, dando voz às gestantes para falarem sobre as suas necessidades, seus conflitos e suas histórias como seres humanos históricos e sociais (Freire, 1981); do momento de criação, de arte e lúdico; seguido do momento da vivência, usando a tecnologia educacional na forma de cartilha, com os desenhos ilustrativos orientando os cinco passos da técnica de relaxamento, adaptada conforme (Benson, 1993).

O momento de acolhimento constituiu-se de interação grupal, com a apresentação das componentes do grupo e a realização de atividades lúdicas utilizando a arte visual, mediante a elaboração de cartazes usando colagem, considerada a produção artística do grupo (ECO, 2016). Ao término da oficina, cada gestante apresentou a sua produção artística, explicando o seu significado. As atividades realizadas em grupo de duas a seis componentes dinamizaram a apresentação do conteúdo construído individual ou coletivamente. Em seguida, utilizou-se uma dinâmica em que a gestante pode relatar ou descrever sobre o sentido do "seu autotoque". Por último, a vivência dos exercícios de relaxamento foi realizada com a tecnologia educacional proposta.

Os dados produzidos nas oficinas de sensibilidade e criatividade e a vivência da gestante com a técnica de relaxamento foram analisados segundo Bardin (2016).

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Realizaram-se 10 oficinas pré-agendadas com as gestantes, em grupos constituídos de duas a seis participantes, no período de julho e agosto de 2015. O local de realização foi a maternidade e cada oficina durou em torno de 120 minutos, sempre das 19 às 21 horas, horário em que a maternidade se apresentava um ambiente mais calmo e as gestantes tinham poucas demandas de condutas clínicas. Aquelas com limitações físicas, relacionadas aos riscos gestacionais, obtiveram a liberação médica.

A produção do conteúdo expresso através das falas e da produção artística, cujo imaginário foi retratado nos desenhos, nas colagens, com significados atribuídos pelas gestantes, permitiu a criação de cinco categorias empíricas:

Categoria 1 - O acolhimento como espaço de compartilhamento dos sentimentos afetivos

A oficina utilizou o auditório do setor de maternidade como espaço de acolhimento, promovendo a interação grupal e o compartilhamento. Cada gestante foi convidada a se tocar e a descrever o seu autotoque, quando aproveitaram a oportunidade para falar sobre suas preocupações, seus medos, seus sentimentos, sua espera, sua ansiedade e seu momento na maternidade.

As gestantes, ao escolherem se autotocarem na barriga, expressaram, entre outros, os seguintes sentimentos:

> Eu me toco na barriga porque pra mim meu filho é a coisa mais importante desse momento (G1)

> Eu tenho uma vida dentro de mim, eu tive 10 abortos (G2)

> Também porque eu amo meu filho mais que a minha vida (G5)
> Eu relutei um pouco por causa do trabalho, mas eu queria que meu filho tivesse um segundo irmão (G21)

> Porque... a gente não sabe como vai ser, né, a gente fica só escutando histórias, aí dá medo (G25)

O autotoque na barriga foi seguido por outras regiões, consideradas como foco de preocupações entre as gestantes, como as mamas, as costas, os olhos, as mãos, o coração e a cabeça. As gestantes que tocaram as mamas fizeram as seguintes menções:

> Coloco a mão no peito, porque com ele eu amamentei meus outros filhos... E quero amamentar este bebezinho que tá dentro da minha barriga também (G12)

> Porque eu preciso amamentar meu filho quando ele nascer (G18)

> Quero amamentar meu bebê, sei que ele precisa disso... não quero dar mamadeiras... precisa ter dentinhos fortes (G20)

Já as gestantes que tocaram na região do coração, dos olhos, das mãos e da cabeça explanaram:

> Eu me toco no coração, porque tô sentindo muita coisa... Ando muito emocionada (G11)

> Eu me toco nos olhos, porque com ele eu posso contemplar a vida (G6)

> Eu me toco em minhas mãos, porque com ela posso fazer muitas coisas (G9)

> Eu me toco na cabeça, porque... Uai porque pra mim é a parte mais importante do meu corpo (G3)

As dores nas costas decorrentes do próprio estado gestacional, determinando desconforto, foram verbalizadas pelas gestantes.

> Eu me toco nas minhas costas, porque eu tô sentindo dor agora, tipo perto da coluna... e eu queria muito melhorar (G4)

No transcorrer da oficina, observou-se que a maioria das gestantes preferiu se tocar na barriga, o que demonstrou grande preocupação com a gestação atual. Já algumas consideraram a região do coração, focando-o como o órgão da emoção:

> o seu bebê já estava cheio de amor (G15)

A amamentação fundamental, que traz benefício para mãe e para o bebê, constituiu uma das preocupações. O fato da experiência anterior com o processo de aleitamento materno enquanto doação, enquanto gesto de amor e carinho, traz à memória da gestante o "reviver" do momento mágico de ligação entre mãe x bebê, contribuindo para novas experiências exitosas, tanto do aleitamento materno quanto da gestação em si.

> Olhar os seus olhos, segurar as suas mãozinhas, ou ter mãos fortes para segurá-lo ou trabalhar para manter o seu bebê (G21)

As falas e seu imaginário refletiram a preocupação, o carinho, o amor e o afeto das gestantes com o seu bebê. Foram sentimentos que perpassaram todas as oficinas. Observou-se que essas mulheres conseguem se deslocar de si mesmas para estarem estabelecendo um vínculo com seus filhos e que, até mesmo, conseguem realizar renúncias para garantir a segurança e saúde do concepto que carregam em seus ventres, verbalizando sentimentos de amor, paixão, preocupação e medo de perder o bebê e de morrer.

É importante considerar essas questões já apresentada em outros estudos (Gadelha *et al.*, 2020; Odent, 2002) e que indicam o momento da gestação, um fenômeno singular na vida da mulher, como um período de convivência com grandes modificações físicas e emocionais, para as quais nem sempre a mulher está preparada, muitas vezes por aquela gravidez não ter sido planejada, desejada, e por não poder compartilhar com os seus parceiros ou familiares.

Categoria 2 - O processo de comunicação, de interação humana e de necessidade sentidas

Nessa categoria, foi possível perceber que a maioria das gestantes se sentiu muito incomodada com a falta de uma comunicação efetiva entre a equipe cuidadora, enfermagem e médica, exemplificadas nas seguintes falas:

> Eu penso que os médicos e enfermeiras podiam falar mais com a gente, explicar as coisas, porque a gente fica perdida aqui... tem um entra e sai danado...

> a gente não sabe... tá todo mundo de branco, né? (G20)

> eles podiam explicar as coisas, porque a gente querendo saber da situação e ninguém explica (G23)

> Precisei ser internada para salvar o meu bebê. Eu fico incomodada com a falta de informação (G4)

Outra gestante reiterou a necessidade de uma comunicação efetiva sob forma de pedido de ajuda, quando afirmou que:

> Estou grávida e sempre tive uma ansiedade muito grande, sempre fico muito nervosa, gostaria de saber como fazer para controlar isto. Qualquer coisa me abala a ponto de ficar muito sensível e chorosa. Preciso de ajuda... (G10)

Observa-se que o silêncio ou a falta de interesse e compromisso profissional da equipe em manter a gestante informada, a falta desse processo de interação humana, é uma fonte geradora de medos, tensões e expectativas não correspondidas, contribuindo para a exacerbação do quadro da ansiedade e estresse.

Categoria 3 - Os fatores ambientais determinando necessidades humanas básicas

Os fatores ambientais vivenciados pelas gestantes durante a internação, como os mosquitos a poluição sonora, a iluminação, o barulho produzido pela dinâmica da clínica, atuaram como potentes estressores extrapessoais, segundo Neuman e Fawcett (2010). O estresse produzido pelas tensões estudadas por Maslow, Frager e Fadiman (1987) geram carências. Essas carências são estudadas por Horta (1979), como necessidades humanas básicas (NHB) e devem constituir o embasamento dos cuidados de enfermagem ao paciente pelo enfermeiro.

Uma necessidade humana básica (NHB), como o repouso, não sendo atendida pode se tornar um forte fator estressante, conforme as seguintes menções:

> Durmo pouco porque tem muito mosquito e isso tá incomodando todo mundo... além dos barulhos... quando a gente pensa que vai dormir ai alguém entra na enfermaria e acorda, acende a luz, daí a gente não pega mais no sono né (G6).

> Tem muito mosquito... barulho...muito remédio, é difícil dormir aqui, mas preciso ficar calma... (G18);

> Eu tô preocupada porque não tô dormindo direito aqui. o (G17).

É importante compreender que o sono e o repouso constituem uma NHB e, quando deficientes, geram tensão, interferindo diretamente sobre o seu equilíbrio físico e emocional, constituindo-se um fator estressante e criando assim ambiente desfavorável ao cuidado humano (Neuman; Fawcett, 2010). É bom lembrar que as tensões geram carências que devem ser atendidas (Maslow; Frager; Fadiman, 1987). Segundo Horta (1979), essas carências geram déficit de cuidados que devem ser atendidos pela equipe multiprofissional, especialmente pelos cuidados de enfermagem. Essas gestantes permanecem em média sete dias internadas, um tempo preocupante e propício para estabelecer com o meio ambiente trocas desfavoráveis.

Categoria 4 - As carências afetivas, os medos e o isolamento da família e do mundo

A ausência da família, a distância dos filhos e a internação sem contato com o mundo externo figuraram como situações geradoras de angústia, ansiedade e estresse, o que levou aos seguintes relatos:

> Sabe, é difícil, a gente ficar aqui longe dos outros filhos... eu queria era ter meu bebê logo, pra voltar rápido (G1);

> Eu tô muitos dias longe de casa... pedi pra trazer minhas outras crianças pra mim ver, porque eu tô morrendo de saudades (G6);

> Eu tenho ficado muito angustiada, aqui é bom, tratamento de primeira. Mas a gente sente falta dos filhos, da família, não sei o que tá acontecendo lá fora, não tem nem televisão pra gente assistir uma notícia (G7);

Eu sou muito ansiosa, eu me estresso rápido e passo pro bebê (G22).

Outras gestantes expressaram preocupação com as questões humanas, até mesmo aquelas que antecederam a sua internação, como conflitos não resolvidos, e o fato de a internação a ter isolado do mundo.

O meu namorado ainda não aceitou, não sei não, a gente só namora há oito meses (G24);

Eu não queria engravidar mas meu marido ainda não tem filhos comigo, daí eu engravidei, né (G4);

Eu tô muito preocupada de como vou fazer quando sair daqui, porque tô desempregada (G8);

Outras expressões, como medo, preocupações e, ao mesmo tempo, confiança no tratamento que está recebendo ou decisões a serem tomadas, estiveram presentes nas falas das gestantes.

Eu não tô muito preocupada... Confio nos médicos... Sei que vão fazer tudinho que precisar... Só tô com saudades de casa (G14);

Igual o médico falou: tá correndo risco de vida... daí a gente fica nervosa, não tem como né? (G18);

O fato pra mim agora, no momento, é a cirurgia, não quero encarar o parto normal, muito nervosismo por isso (G21);

Eu sou muito ansiosa, eu me estresso rápido e isso passa pro bebê (G22);
Eu penso que pode ocorrer algum problema, ou demorar muito pra nascer... daí a gente ter complicações... ou o bebê, né (G25);

Porque foi tão difícil internar aqui, não conseguia vaga... daí eu podia perder meu bebê (G15).

Observou-se que todas as falas revelaram questões preocupantes de sobrevivência humana, expressaram medo de sua morte e a do seu bebê, dúvidas, conflitos e carências, como a saudade, o isolamento da família e do mundo.

Categoria 5 - Experiência da gestante com a sua hospitalização atual

Na experiência das gestantes com a sua hospitalização atual, elas consideraram a internação como um recurso terapêutico importante ao seu tratamento. Entretanto, foram capazes de registrar as experiências consideradas positivas e aquelas que denunciam fragilidade no cuidado:

> Não tenho nada a dizer e nada a reclamar, tô só querendo ir embora rápido pra casa, só isso (G8); mas as enfermeiras cuidam bem da gente, sim (G10);
>
> Mas as pessoas estão ajudando... eu tô bem graças a Deus (G12);
>
> Ta tudo bem pra mim, não tenho nada pra reclamar, só pra agradecer (G13);
>
> A equipe daqui é show de bola (G16);
>
> As enfermeiras trata todo mundo bem aqui, viu, elas conversa... fala pra gente as histórias delas... dá força pra gente (G19).

Houve manifestações contrárias, como:

> Fico olhando que elas nunca fazem as medicações nos horários certos (G3);
>
> Sabe, eu fico marcando no relógio, aí as enfermeiras implicam comigo... ficam me olhando de cara feia... Daí eu falo que não tenho medo de cara feia, não. Quero ver logo a carinha do meu bebê (G2);
>
> O médico fala que vai tirar meu bebê porque tá em risco, o outro fala que ele (bebê) não pode nascer agora, porque não tem vaga na utin, daí eu choro porque não sei o que vai acontecer (G4);

> Aqui é horrível, comida horrível, atendimento confuso... a gente nunca sabe o que vai acontecer... Muito tumultuado (G7).

A hospitalização tem sido estudada como um momento em que a pessoa deixa a sua família, seus entes queridos, interrompe o seu cotidiano de vida e trabalho e vai viver a experiência do medo do desconhecido, da dor e da morte. A dor é considerada um estressor universal segundo Neuman e Fawcette (2010) e o medo do desconhecido gera demandas estressoras, necessitando a gestante de cuidados do profissional enfermeiro e dos demais da equipe de saúde (Antoniazzi; Siqueira; Farias, 2019).

Observou-se que, mesmo essas gestantes apresentando muitas dúvidas sobre os cuidados necessários à sua gestação de alto risco, não perguntavam para médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem sobre suas dúvidas. Essa falta de informação contribui para o estabelecimento de insegurança, gerando medo e ansiedade naquele momento de internação.

As gestantes, quando realizam cuidados específicos na gestação de alto risco, precisam ser apoiadas emocionalmente, uma vez que ocorrem alterações em seu comportamento e rotina (Odent, 2002). Os profissionais de saúde muitas vezes não percebem essa demanda e apenas recomendam os cuidados, porém isso não integra a gestante e a família no seu cuidado, o que intensifica seu sentimento de responsabilização, culpa e medo de um final infeliz para a gestação. Essas gestantes necessitam de cuidados individualizados com base nos diagnósticos de enfermagem (Telles *et al.*, 2019).

A PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A OFICINA E O USO DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

O uso da tecnologia educacional com referencial teórico da pedagogia problematizadora aliada a teorias que o enfermeiro usa para embasar o seu cuidado são fundamentos que se somam na produção de tecnologias criativas, inclusivas e seguras, que enriquecem o cuidado de enfermagem

(Freire 1981). A vivência das gestantes com a técnica de relaxamento e a sua avaliação utilizando a tecnologia educacional, os desenhos da Figura 1, é um exemplo.

A oficina transcorreu em clima muito favorável, pois todas participaram ativamente e demonstraram grande interesse, conforme muitas expressaram:

> Estou necessitando de um tempo para realizar uma viajem interior para buscar forças, para enfrentar as dificuldades que estou enfrentando:(G13);
>
> Necessito de força para enfrentar esse momento G17. Estou com muita saudade da minha família (G6);
>
> Quero ir pra casa... quero ver meu filho, não aguento está aqui como preza (G23); Foi bom que aprendi a ficar menos nervosa... porque eu sou muito estressada, nê... (G19);
>
> Estou grávida e sempre tive uma ansiedade muito grande, sempre fico muito nervosa, agora estou aprendendo como controlar. (G10);
>
> Eu sou muito ansiosa... e aqui eu melhorei. (G11)

Ao término das oficinas, a pesquisadora verificou, junto a cada gestante, as facilidades e dificuldade existentes em relação aos exercícios de relaxamento usando os desenhos como referência e dirimindo as dúvidas existentes.

O processo avaliativo constituiu-se da autoavaliação em dois momentos: o primeiro, no término da oficina, quando a gestante realizou a sua primeira vivência, e o segundo quando voltou a realizar os exercícios respiratórios ensinados durante a oficina seguindo as observações da pesquisadora que recomendou que os exercícios de relaxamento fossem realizados no mínimo cinco vezes, nas 24 horas, por dois dias consecutivos (Lessa, 2015).

DISCUSSÃO

De acordo com Freire (2011), ensinar é uma especificidade humana. Nesse contexto, cabe ao enfermeiro, como um dos profissionais dos cuidados à saúde, que se mantem presente nas 24 horas junto ao paciente, vivenciando os desafios do cuidado à pessoa humana, identificar necessidades; elaborar diagnóstico de enfermagem e intervenções; e desenvolver estratégias pedagógicas que visem trabalhar o potencial humano de aprendizagem da gestante de alto risco para gerenciar o autocuidado (Telles *et al.*, 2019).

Estimular as gestantes a expressarem os seus sentimentos e suas necessidades, a vencerem a barreira do silêncio, foi desafiador, mas, sobretudo enriquecedor, por compreender que todas queriam falar, estavam preocupadas com seu filho, sua gestação. Isso vai ao encontro dos estudos Michel Odent (2002), precursor do movimento de humanização do parto e nascimento em 2002, que já afirmava que, no estado gravídico, ocorrem novas conexões cerebrais, física e emocional, que desviam a atenção da gestante para o feto, pois ativam áreas primitivas do cérebro feminino denominado paleocórtex.

Percebeu-se ainda que, apesar do avanço dos meios de comunicação de massa e das políticas públicas com relação à saúde da mulher, essas mulheres apresentam grande sentimento de insegurança, demonstrado por não se considerarem ativas com relação às decisões quanto ao seu tratamento e desempenho na internação e parto, apresentando-se inseguras e ansiosas (Bedaso *et al.*, 2021). E, ainda, elas relatam não terem recebido as orientações necessárias durante o acompanhamento do pré-natal, como recomendado nos protocolos referentes à saúde da mulher no estado gestacional (Brasil, 2012).

Com isso, os profissionais da saúde e os enfermeiros, em especial aqueles relacionados à saúde materna, mantêm uma relação privilegiada com a mulher grávida ao longo de todo o ciclo gravídico. Torna-se, assim, importante identificar as necessidades físicas e emocionais dessas gestantes, as causas desencadeantes de processos de ansiedade, visando planejar intervenções de enfermagem individualizadas, compreendendo a mulher grávida como um ser total. Nesse contexto, o cuidado aos binômios mãe e filho é de suma importância (Bedaso *et al.,* 2021;).

Notou-se que alguns pacientes se apresentavam muito fragilizadas, com medo. A maioria relatou experiência anterior de gravidez não satisfatória, frustrações nos relacionamentos afetivos, com perdas, história de abortos sucessivos e uma preocupação maior com a saúde do concepto em detrimento da sua própria, corroborando com alguns achados em estudos já realizados (Gadelha *et al.*, 2020; Antoniazzi; Siqueira; Farias, 2019).

A oficina se colocou como espaço coletivo de acolhimento e como um dos aspectos da humanização do cuidado, colocando para reflexão a escuta sensível, dando fala aos sujeitos como um exercício da cidadania, Freire, (1981). Isso permitiu que as gestantes pudessem expressar conflitos familiares, dificuldades no relacionamento conjugal, preocupações com outros filhos, gravidez não planejada mas desejada, falta de conhecimento das gestantes para compreender o que estava acontecendo com seu corpo e gravidez, hábitos de vida interrompidos e medo de assumir uma nova responsabilidade são aspectos vivenciados pelas gestantes que afetam a sua qualidade de vida (Gadelha *et al.*, 2020).

Observou-se, também, que essas mulheres conseguem se deslocar de si mesmas para estabelecerem um vínculo com seus filhos e que, até mesmo, conseguem realizar renúncias para garantir a segurança e saúde do concepto que carregam em seus ventres, verbalizando sentimentos de amor, paixão, preocupação e medo de perder o bebê e de morrer.

A falta da comunicação efetiva, tão verbalizada como necessidade das gestantes, apontou para a deficiência de comunicação e processos de interação humana e constitui fatores estressores que figuram como interpessoais, aqueles que são provenientes do relacionamento humano. Esses fatores são apontados nos estudos de Neuman e Fawcett (2010).

A comunicação terapêutica coloca-se como uma ferramenta eficaz, permitindo uma interação entre enfermeiro e doente ao proporcionar a oportunidade de um relacionamento humano que atinja os objetivos da prática de cuidar, oportunizando a aprendizagem para a equipe de saúde e para a pessoa hospitalizada, aspectos também enfatizados no cuidado humanizado (Neuman; Fawcett, 2010).

O medo, a solidão e a saudade da família e do mundo ocupam posição importante no equilíbrio emocional da pessoa, em especial quando doente. As gestantes estudadas têm conhecimento de pertencer a um

grupo de alto risco e, devido a sua história, também estão propensas a desenvolverem um perigoso desgaste psicológico e estresse, comprometendo as necessidades humanas básicas (Neuman; Fawcett, 2010; Maslow; Frager; Fadiman, 1987). Esse desgaste ou estresse psicológico advém do medo ou da ansiedade e das incertezas do dia a dia na convivência com "um fantasma" do que vai acontecer, que está sempre a ameaçar a saúde e vida, sua e a do concepto (Bedaso *et al*., 2021; Jorge; Silva; Markuck, 2020).

Os cuidados especiais voltados às gestantes de alto risco nem sempre foram de fácil adaptação. As comorbidades e as mudanças na alimentação, no repouso, nas atividades diárias e até mesmo nas relações interpessoais denotaram, muitas vezes, um esforço grande de adaptação. Assim, destaca-se a importância de o profissional de saúde estar atento à repercussão das práticas de cuidado na vida das gestantes e que proponha, sempre que possível, alternativa viável de acordo com a realidade e necessidades de cada uma (Brito *et al*., 2021; Telles *et al.,* 2019).

Em relação à vivência das gestantes com a tecnologia educacional durante a oficina, que utilizou estratégia pedagógica democratizante e dialógica, embasada em Freire (2011), se deu em clima muito favorável, com as gestantes motivadas. Todas participaram ativamente e demonstraram grande interesse e muitas expressaram que estavam necessitando de "um tempo" para falar de seus problemas, realizarem uma viajem interior e buscar "forças" para enfrentar as dificuldades daquele momento (Maslow; Frager; Fadiman, 1987).

No processo avaliativo (Quadro 1), as gestantes utilizaram a cartilha com os desenhos ilustrativos e, depois de terem realizado as oficinas, consideraram a tecnologia educacional uma ferramenta que descreveu o passo a passo: o que é? como fazer os exercícios? O que fazer foi exemplificado com figuras atribuindo-lhe um processo de interatividade, lúdico e criativo, cultural, político e social que a arte atribui aos processos de criação (Eco, 2016). Esses questionamentos foram respondidos.

Observou-se que as gestantes, ao interagirem com os desenhos da tecnologia educacional, sentiram necessidade de pintar, demonstrando uma atitude que foi considerada um aspecto motivacional importante, refletindo nos aspectos cognitivos, na internalização dos conhecimentos sobre os exercícios e nas habilidades psicomotoras a sua realização,

contribuindo, assim, para a aprendizagem dos exercícios de relaxamento usando a respiração e a imaginação. Como foi descrito, cada gestante foi orientada a pensar positivamente, construindo pensamentos que lhe trouxessem bem-estar e felicidade (Benson, 1993; Eco, 2016).

A estratégia pedagógica de oficina, integrando a vivência do relaxamento, usando a tecnologia educacional, tornou o processo de ensino-aprendizagem um projeto coletivo, por meio de uma construção problematizadora e dialógica (Freire, 2011) articulando saberes (Morin, 2010) em conjunto com os sujeitos da aprendizagem, as gestantes no contexto de suas realidades concretas, internadas em uma maternidade de alto risco.

Foi importante perceber que o espaço da oficina, o de dar voz às gestantes, serviu como momento de catarse, pois muitas expressaram suas angústias e preocupações de estarem ali e que estavam necessitando serem ouvidas e acolhidas e de ter uma assistência humanizada pela equipe profissional (Jorge; Silva; Markuck, 2020).

A técnica de relaxamento, segundo a tecnologia educacional desenvolvida na oficina e realizada por cinco vezes ao dia, foi acompanhada de forma sistemática pela pesquisadora através de visitas às gestantes no leito na enfermaria. Observou-se que a técnica de relaxamento propiciou às gestantes condições para o seu autocuidado emocional no enfrentamento de sua ansiedade, já relatado em estudos de Lessa (2015) e Araújo *et al.* (2016).

A tecnologia educacional usando os exercícios de relaxamento foi avaliada usando a hetero-avaliação da aprendizagem. As gestantes avaliaram o seu desempenho com base em um instrumento com escores de zero a dez. Cada gestante, fazendo a sua autoavaliação, atribuiu o seu escore de acordo com o seu nível de aprendizagem. A tecnologia educativa obteve como resultado a média de 9,8 pontos. Essa avaliação, associada ao nível de motivação na realização dos exercícios, apresentou evidências de que essa tecnologia mediada pela oficina pedagógica apresentou a clareza necessária e pode ser utilizada nas gestantes de alto risco com ansiedade e estresse (Lessa, 2015).

CONCLUSÕES

A estratégia pedagógica dialógica, articulando saberes da educação e da enfermagem e utilizando a metodologia interativa na modalidade de oficina, possibilitou às gestantes adquirirem o conhecimento, a atitude e a habilidade no uso da tecnologia educacional na forma da cartilha em estudo.

A tecnologia educacional, abordando os exercícios de relaxamento usando a respiração e a imaginação, demonstrou que o material descrito apresentou evidências em contribuir para ensino do autocuidado, visando favorecer a diminuição dos níveis elevados de ansiedade e estresse, estabelecendo uma maior segurança, nas gestantes de alto risco.

Assim, considera-se o uso da oficina como estratégia pedagógica na implementação de uma tecnologia educacional como um instrumento eficaz capaz de permitir um ambiente acolhedor, humano e reflexivo para a orientação e ensino da gestão do autocuidado no relaxamento, impactando no cuidado físico e emocional da mulher na gestação de alto risco e na assistência de enfermagem de qualidade.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. H. C.; LOPES JÚNIOR, L.C. Psychoneuroimmunology and Nursing research: Discovery paradigm shifts, and methodological innovations. **Acta Paul. Enferm**, v. 34, e-EDT1, mar.2021.

ANTONIAZZI, M. P.; SIQUEIRA, A. C.; FARIA, C. P. Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigesta antes e depois do parto. **Pensando Famílias**, v. 23, n. 2, dez. 2019, p. 191-207. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v23n2/v23n2a15.pdf. Acesso em: 27 de março de 2023.

ARAÚJO, W. S. *et al.* Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: https://www.scielo.

br/j/rlae/a/Jz9cMRWQKkDhybHM7ByjzLS/abstract/?lang=pt. Acesso em: 29 mar.2023. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.1249.2806.

BARDIN L. **Análise de conteúdo.** Tradução Luis Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edição 70. 2016. ISBN: 978-85-62938-04-7.

BEDASO, A. *et al*. The association between social support and antenatal depressive and anxiety symptoms among Australian women. **BMC Pregnancy Childbirth**. v. 21, n. 1, p. 708. 22 out. 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8532351/. Acesso em: 29 mar 2023. DOI: 10.1186/s12884-021-04188-4.

BENSON, H. The relaxation response. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. **Mind/body medicine**: how to use your mind for better health. Boston: Consumers Reports Books, 1993. p. 233-257.

BRASIL Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRITO, B. L. d. M.; SHIBUKAWA, B. M. C.; MERINO, M. d. F. G. L.; HIGARASHI, I.H.; FURTADO, M. D. Dúvidas na gestação: vivência de mulheres acompanhadas na atenção primária à saúde. **Rev. Fam.**, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. v. 9, n. 4, 9. ago. 2021. Disponível em: https://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/refacs/article/view/4939. Acesso em: 31 mar. 2023. DOI: https://doi.org/10.18554/refacs.v9i4.4939.

CAUDURO, F. L. F.; PRADO, C. Design thinking: inovação na formação docente em enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, *[S. l.]*, v. 12, 2022. DOI: 10.19175/recom. v12i0.3435. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/recom/article/view/3435 Acesso em: 31 mar. 2023. DOI: https://doi.org/10.19175/recom.v12i0.3435.

ECO, U. **A definição da arte.** Tradução de Eliana Aguiar. 1. ed. Rio de Janeiro. São Paulo: Record, 2016. ISBN 978-85-01-40247-9.

FLICK, U. **Uma introdução a pesquisa qualitativa.** Trad. Sandra Netz. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 12 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

GADELHA, I. P. *et al*. Quality of life of high risk pregmant women during prenatal care. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 73, , Suppl. 5, e20190595, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/YZ5QftCZvqHvF5WVrXKS5gv/?lang=en# Acesso em: 27 mar 2023. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0595.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. Com a colaboração de Brigitta. São Paulo: EPU, 1979.

JORGE, H. M. F.; SILVA, R. M. da; MAKUCH, M. Y. Assistência humanizada no pré-natal de alto risco: percepções de enfermeiros. **Rev Rene**, n. 21, e44521, 2020. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/54577/1/2020_art_hmfjorge.pdf. Acesso em: 31 mar 2023. DOI: 10.15253/2175-6783.20202144521.

LESSA, R. de Carvalho. **Uma tecnologia educacional sobre o uso do relaxamento para gestantes de alto risco**. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) –Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória (ES). 2015.

MAINARDES, J. Research in the field of education policy: theoretical and epistemological perspectives and the place of pluralism. **Rev. Bras. Educ.**, v. 23, n. 1, e230034, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782018230034.

MASLOW, A. H.; FRAGER, R.; FADIMAN, J. **Motivation and personality**. 3. ed. Nova York: Harper & Row, 1987.

McEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas para Enfermagem.** 2. ed. Tradução de Ana Maria Thorel. Porto Alegre: Artmed, 2009. ISBN: 978-85-363-1788-5.

MINAYO, M. C. S, **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro.** São Paulo: Unesco/ Cortez, 2010. ISBN: 9788524917547, 8524917547.

MEJÍA, J. M. R; PAZ, P. La sistematización, una forma de investigar las prácticas y producir saber y conocimiento (Borrador en construcción). In: Encontro Internacional de Educação Formativa e Especial, 9. La Paz, Bolívia, nov. 2018. Disponível em: https://www.minedu.gob.bo/files/publicaciones/veaye/encuentro/SISTEMATIZACION.pdf. Acesso em: 6 ago. 2021.

NEUMAN, B.; FAWCETT, J. **The Neuman Systems Model**. Education. 5. ed. Inglaterra: Pearson, 2010. ISBN 10987654321.

ODENT, M. A. **Cientificação do amor.** 2. ed. Florianópolis: Saint Germain, 2002.

PAZ, M. M. S. *et al*. Análise do nível de ansiedade na gestação de alto risco com base na escala Beck Anxiety Inventory. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 22, n. 4, p. 1025-1033, out-dez. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/bSkgxQf3nNgVpWJdrh8LfCw/?format=pdf&lang=pt.pdf. Acesso em: 1 mar. 2023 https://doi.org/10.1590/1806-9304202200040016

REZENDE, L. C. *et al*. Qualidade de Vida e Estratégias de Coping de Gestantes de Alto Risco e Risco Habitual. **Diversitas: Perspectivas en Psicología**, v. 17, n. 1, p. 213-226, 2021. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982021000100213&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 29 mar. 2023. DOI: https://doi.org/10.15332/22563067.6542.

TELES, P. A. *et al*. Diagnósticos de Enfermagem mais prevalentes em gestantes de alto risco**. Enferm. Foco**, v. 10, n. 3, p. 119-125, 2019. Disponível em: http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1937. Acesso em: 1 mar. 2023. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n3.1937

4

ROSIMERE DE CARVALHO LESSA
MARIA HELENA DA COSTA AMORIM
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
TULIO ALBERTO DE FIGUEIREDO
KELLY CHRISTINY DA COSTA
KARLA DE MELO BATISTA
MARIA EDLA DE OLIVEIRA BRINGUENTE

O RELAXAMENTO DIMINUI O NÍVEL DE ANSIEDADE EM GESTANTE DE ALTO RISCO

INTRODUÇÃO

A gravidez é um fenômeno comum e importante na vida da mulher (Brasil, 2004). No entanto, na gravidez de alto risco, a hospitalização é considerada como fator de ansiedade e estresse adicional ao estado gestacional, apresentando ameaça à saúde da mãe e do concepto (Schetter; Tanner, 2012; Buffa *et al*., 2018). A mulher, consciente da alteração de seu estado gravídico e afastada do suporte familiar, passa a viver os conflitos entre a dependência imposta pelo tratamento e o medo de perder o bebê e sua autonomia (Rodrigues *et al*., 2020).

A ansiedade na gravidez é considerada um potente fator de risco obstétrico, responsável por distúrbios biológicos, mentais e comportamentais. Afeta a saúde da mãe e do feto, sendo apontado como responsável, dentre outras alterações, pela prematuridade e baixo peso ao nascer (Buffa *et al*., 2018).

Nas últimas décadas, a neurociência revelou as diversas conexões entre os sistemas psiconeuroendócrino e o sistema imunológico, estabelecendo, dessa forma, relação entre as emoções e as doenças, demonstrando que uma variedade de estressores físicos e psicossociais podem alterar a resposta imune através das conexões neuroendócrinas e metabólicas (Amorim; Lopes Júnior, 2021; Maia, 2002). Essas alterações neuroendócrinas e metabólicas comprometem a vida do feto no período gestacional, refletindo-se na infância e ao longo de toda a vida (Buffa *et al*., 2018).

Os problemas advindos da gravidez de alto risco para mãe e feto exacerbam o quadro de ansiedade e estresse já existente, levando essas gestantes a necessitarem de terapias medicamentosas e não medicamentosas (Brasil, 2004), dentre elas as técnicas de relaxamento (Toosi *et al*.,

2014) e o uso de respiração, meditação, ioga e reza (Menezes; Dell'aglio, 2009).

Pesquisas fundamentadas na psicoimunologia e em marcadores biológicos, como o IgA salivar em puérperas (Primo; Amorim, 2008); na atividade das células Natural Killer (NK) em pacientes que fizeram cirurgia de câncer de mama e tratamento quimioterápico (Olympio; Lima; Amorim, 2014); e com gestantes de alto risco com ansiedade e depressão (Araújo *et al.*, 2016), apresentaram evidências clínicas do uso do relaxamento segundo Benson (1993), como um cuidado de enfermagem que promove a diminuição dos níveis de ansiedade, estresse e depressão nas pacientes em estudo.

Nesse sentido, esta pesquisa tem como objetivo avaliar o efeito do relaxamento nos níveis de ansiedade em gestantes de alto risco.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo longitudinal, de natureza quantitativa, que acompanhou 25 gestantes de alto risco internadas em uma maternidade referência em gestação de alto risco no estado do Espírito Santo, que foram selecionadas segundo os critérios de inclusão: gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, diagnóstico clínico de gravidez de alto risco e tempo de permanência superior a 24 horas. Como critérios de exclusão: gestantes com déficit de audição ou de linguagem e com deficiência mental ou quadro de demência que pudessem comprometer a entrevista ou a intervenção.

Os níveis de ansiedade foram definidos como variável dependente e, para mensurá-los, utilizou-se o instrumento Traço de Ansiedade/*Trait Anxiety* e Estado de Ansiedade/*StateAnxiety* (IDATE) do instrumento STAI-STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY, elaborado por Spielberger e colaboradores (1983).

O IDATE é um dos instrumentos mais utilizados para quantificar componentes subjetivos relacionados com a ansiedade. É composto por duas escalas para medir níveis de ansiedade: Ansiedade-Estado e Ansiedade-Traço. O Traço de Ansiedade/*Trait Anxiety* contém 20

afirmações e avalia como normalmente a mulher se sente, sendo medido pela escala: QUASE SEMPRE = 4, FREQUENTEMENTE = 3, ÀS VEZES = 2, QUASE NUNCA = 1. Já o Estado de Ansiedade/*StateAnxiety* avalia o estado de ansiedade da gestante no momento da entrevista, medido na escala: NÃO = 1, UM POUCO = 2, BASTANTE = 3, TOTALMENTE = 4. Para cada escala, a pontuação mínima alcançada é de 20 pontos e a máxima é de 80 pontos (Spielberger *et al.*, 1970).

Nesta pesquisa, aplicou-se o instrumento Estado de Ansiedade em três momentos: 1º momento - após 24 horas de internação; 2º momento - depois da realização da oficina para ensinar o relaxamento; e 3º momento - nas últimas 48 horas após a gestante ter realizado o relaxamento por cinco vezes ao dia. Já o Traço de Ansiedade foi aplicado uma vez, no 1º momento, após 24 horas de internação, por ser uma característica individual da pessoa.

A técnica de relaxamento foi definida como variável independente. O grupo experimental foi orientado com a técnica de relaxamento proposta por Benson (1993), que utiliza quatro elementos essenciais: um ambiente tranquilo, um dispositivo mental, uma atitude passiva e uma posição confortável. A técnica realizada pode ser descrita em passos, nos quais a gestante:

- 1º Passo – Escolher uma palavra ou uma curta frase, baseada em sua crença como ponto de referência ou um bom pensamento. A escolha da palavra fica a cargo da pessoa. Aqui, não há inferência de palavras por parte do pesquisador;
- 2º Passo – Silenciosamente, sentar-se de modo confortável, fechar os olhos e usar a imaginação para criar bons pensamentos;
- 3º Passo – Procurar relaxar a musculatura e respirar, puxando o ar pelo nariz de forma lenta e profunda e soltando o ar, expirando, pela boca;
- 4º Passo – Continuar respirando, puxando o ar pelo nariz de forma lenta e profunda e soltando o ar, expirando, pela boca. Continuar repetindo a palavra ou frase silenciosamente à medida que for expirando;
- 5º Passo – Continuar respirando devagar e naturalmente do começo até o fim, assumindo uma atitude passiva, não se preocupando em

como está se saindo. Ao término dos exercícios, permanecer na mesma posição por alguns minutos, ou cerca de 1 a 2 minutos, primeiramente com os olhos fechados e depois com os olhos abertos.

As gestantes, sozinhas, na enfermaria, realizaram o relaxamento utilizando uma cartilha, como recurso visual, cinco vezes em 24 horas, durante 48 horas. Essa cartilha possuía desenhos ilustrando cada passo do exercício de relaxamento segundo Benson (1993).

As variáveis de controle foram: faixa etária, idade, grau de instrução, situação de trabalho, religião, hábitos de saúde (uso do fumo, bebida alcoólica), realização do pré-natal, número de filhos, aborto, experiências com gravidez anteriores, experiências com hospitalização, conhecimento sobre a hospitalização e sentimentos vivenciados.

Os dados foram coletados no período de julho e agosto de 2015 pela pesquisadora nos horários da manhã, tarde e noite, e as oficinas de orientação sobre o relaxamento foram realizadas no período das 19 às 21 horas, horário em que a maternidade está mais tranquila.

Utilizou-se, como técnicas de coleta de dados, a análise documental junto aos prontuários, coletando dados clínicos, e a entrevista, usando um formulário composto de três partes, contendo questões fechadas e abertas.

A análise estatística caracterizou a amostra através dos valores absolutos, percentuais (variáveis qualitativas) e medidas de tendência central e de variabilidade (variáveis quantitativas).

Para observar possíveis fatores de confundimento associados aos escores do relaxamento, do Traço de Ansiedade e do Estado de Ansiedade, recorreu-se aos testes de Kruskal-Wallis, de Mann-Whitney e de comparações múltiplas, de Tukey. Já na comparação entre os escores da aplicação do relaxamento no 1º e 2º momentos da aplicação do instrumento IDATE e o Estado de Ansiedade nos 1º, 2º e 3º momentos, foi utilizado o teste de Wilcoxon.

Utilizou-se a correlação de *Spearman* para avaliar a associação entre as variáveis quantitativas e os exercícios de relaxamento no 1º momento, Traço de Ansiedade e Estado de Ansiedade no 1º, 2º e 3º momentos.

O *software* estatístico utilizado nas análises foi o Pacote Estatístico para Ciências Sociais – SPSS (versão 21.0). O nível de significância

adotado foi de 5% e intervalo de confiança de 95%.

A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa de uma universidade pública do Sudeste do Brasil, com aprovação no parecer CAAE 46015815.2.0000.5015. Foram observados e respeitados todos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, garantindo a voluntariedade da participação, o anonimato dos participantes, bem como o sigilo dos dados obtidos.

RESULTADOS

Quanto à faixa etária das gestantes em estudo, foi de 21 a 29 anos a mais frequente, com 56%; já o grau de instrução de 1º grau incompleto correspondeu a 60%; e 56% relataram ter vínculo empregatício. A religião de maior porcentagem foi a católica, com 60%; e 84% das gestantes não fumam e não bebem. Todas as gestantes (100%) realizaram o pré-natal; cerca de 88% têm de nenhum a 5 filhos; e 56% nunca abortaram. Em relação a outras gestações, 40% consideraram a atual experiência ruim. Quanto ao motivo de internação, 80% das gestantes informaram o seu conhecimento; e 92% disseram sentir medo da hospitalização, com 44% relatando o medo de morrer e 16% de perder o seu bebê. A Tabela 1 apresenta a caracterização geral das participantes.

Tabela 1: Distribuição do perfil sociodemográfico, hábitos de saúde, antecedentes ginecológicos e experiência com a internação das participantes do estudo. Vitória-ES, Brasil, 2016. (n=25)

Variáveis	Fator avaliado	N	%
Faixa etária	21 a 29 anos	14	56.0
	30 a 34 anos	4	16.0
	35 anos ou mais	7	28.0
Grau de Instrução	Ensino fundamental incompleto	15	60.0
	Ensino fundamental completo	2	8.0
	Ensino médio incompleto	2	8.0
	Ensino médio completo	4	16.0
	Ensino superior incompleto	2	8.0
	Ensino superior completo	0	0.0
Ocupação	Empregada	14	56.0
	Do lar	8	32.0
	Desempregada	3	12.0
Religião	Católica	15	60.0
	Protestante	8	32.0
	Outras	1	4.0
	Nenhuma	1	4.0
Tabagista	Sim	4	16.0
	Não	21	84.0
Alcoolista	Sim	4	16.0
	Não	21	84.0
Pré-natal	Sim	25	100.0
	Não	0	0.0
Número de filhos	0 a 5 filhos	22	88.0
	6 filhos ou mais	3	12.0
Aborto anterior	Sim	11	44.0
	Não	14	56.0

Variáveis	Fator avaliado	N	%
Experiência de gestação anterior	Boa	8	32.0
	Satisfatória	7	28.0
	Ruim	10	40.0
Conhecimento sobre a internação	Sim	20	80.0
	Não	5	20.0
Medo com a internação	Sim	23	92.0
	Não	2	8.0
Tipos de medos	Complicação	3	12.0
	Dor	1	4.0
	Medicação errada	1	4.0
	Morrer	11	44.0
	Não tem	2	8.0
	Perder o bebê	4	16.0
	Prematuridade	1	4.0
	Pressão alta	1	4.0
	Sífilis	1	4.0

Fonte: Elaborada pelos autores, 2016.

A partir dos dados da Tabela 2, observa-se que a média de idade das gestantes foi de 30 anos (desvio padrão – DP ± 6 anos) e a média de dias de internação foi de 7,4 dias (DP ± 3,6 dias). Já a idade média da menarca foi de 11,8 anos (DP ± 1,4 anos); a primeira relação sexual foi em média aos 13,9 anos (DP ± 2 anos); e a primeira gravidez em média aos 17,6 anos (DP ± 2,6 anos).

Tabela 2: Descrição das variáveis idade, dias de internação e antecedentes ginecológicos, exercícios de relaxamento, traço e estado de ansiedade nos três momentos do estudo. Vitória-ES, Brasil, 2016. (n=25)

Variáveis	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio padrão
Idade	21	42	29	30	6
Dias de internação na maternidade	3	16	6	7.4	3.6
Menarca	10	16	11	11.8	1.4
Idade da primeira relação sexual	11	20	14	13.9	2.0
Idade da primeira gravidez	14	23	17	17.6	2.6
Relaxamento no 1º momento	32	50	50	47.7	5.1
Relaxamento no 2º momento	50	50	50	50.0	0.0
Traço de ansiedade	37	53	49	47.6	3.8
Estado de ansiedade no 1º momento	43	63	50	51.1	5.4
Estado de ansiedade no 2º momento	32	53	47	46.4	5.3
Estado de ansiedade no 3º momento	23	52	40	40.2	6.9

Fonte: Elaborada pelos autores, 2016.

Os escores apresentaram as seguintes médias e desvios padrão: exercícios de relaxamento no 1º momento obtiveram média 47,7 e DP ± 5,1; exercícios de relaxamento no 2º momento, média 50 e DP ± 0; traço de ansiedade, média 47,6 e DP ± 3,8; estado de ansiedade no 1º momento, média 51,1 e DP ± 5,4; estado de ansiedade no 2º momento, média 46,4 e DP ± 5,3; e estado de ansiedade no 3º momento, média 40,2 e DP ± 6,9.

Na Tabela 3, verifica-se que os fatores instrução, álcool, experiência da gravidez anterior e medo da hospitalização obtiveram significância estatística.

Tabela 3: Comparação entre os exercícios de relaxamento, traço e estado de ansiedade por variável: demográficas, hábitos de saúde, dados ginecológicos e experiência com a hospitalização. Vitória-ES, Brasil, 2016. (n=25)

Variáveis	Traço e estado de ansiedade x relaxamento	Fator avaliado	Média dos pontos	Valor p*
Grau de Instrução[1]	Relaxamento no 1º momento	1º Grau incompleto	14.57	0.052
		1º Grau	17.00	
		2º Grau incompleto	5.25	
		2º Grau	7.00	
		Superior incompleto	17.00	
	Traço de ansiedade	1º Grau incompleto	12.40	0.556
		1º Grau	11.25	
		2º Grau incompleto	14.75	
		2º Grau	11.00	
		Superior incompleto	21.50	
	Estado de ansiedade no 1º momento	1º Grau incompleto	13.03	0.512
		1º Grau	18.75	
		2º Grau incompleto	12.25	
		2º Grau	14.25	
		Superior incompleto	5.25	
	Estado de ansiedade no 2º momento	1º Grau incompleto	13.37	0.251
		1º Grau	14.50	
		2º Grau incompleto	22.00	
		2º Grau	9.38	
		Superior incompleto	7.00	
	Estado de ansiedade no 3º momento	1º Grau incompleto	12.80	**0.033**
		1º Grau completo*	1.75	
		2º Grau incompleto*	22.00	
		2º Grau	12.13	
		Superior incompleto*	18.50	
		Não	12.40	

Variáveis	Traço e estado de ansiedade x relaxamento	Fator avaliado	Média dos pontos	Valor p*
Alcoolismo[2]	Relaxamento no 1º momento	Sim Não	14.63 12.69	0.624
	Traço de ansiedade	Sim Não	17.88 12.07	0.158
	Estado de ansiedade no 1º momento	Sim Não	9.50 13.67	0.321
	Estado de ansiedade no 2º momento	Sim Não	17.00 12.24	0.248
	Estado de ansiedade no 3º momento	Sim Não	21.00 11.48	**0.014**
Experiência de gestações anteriores	Relaxamento no 1º momento	Boa Satisfatória Ruim	8.94 15.00 14.85	0.068
	Traço de ansiedade	Boa Satisfatória Ruim	13.13 10.43 14.70	0.505
	Estado de ansiedade no 1º momento	Boa Satisfatória* Ruim*	14.63 17.29 8.70	**0.039**
	Estado de ansiedade no 2º momento	Boa Satisfatória Ruim	12.00 14.07 13.05	0.870
	Estado de ansiedade no 3º momento	Boa Satisfatória Ruim Não	14.88 11.29 12.70 10.30	0.644

Variáveis	Traço e estado de ansiedade x relaxamento	Fator avaliado	Média dos pontos	Valor p*
Medo em relação a hospitalização	Relaxamento no 1º momento	Sim	13.22	0.773
		Não	10.50	
	Traço de ansiedade	Sim	13.67	0.150
		Não	5.25	
	Estado de ansiedade no 1º momento	Sim	12.04	**0.017**
		Não	24.00	
	Estado de ansiedade no 2º momento	Sim	13.48	0.297
		Não	7.50	
	Estado de ansiedade no 3º momento	Sim	13.04	0.963
		Não	12.50	

¹. Teste de Kruskal-Wallis.

². Teste de Mann-Whitney.

*. Média dos pontos diferentes (Teste de Tukey).

Fonte: Elaborada pelos autores, 2016.

Observou-se que os escores do estado de ansiedade no 3º momento foram mais elevados para os grupos de mulheres com o 2º grau (média dos pontos = 22) e superior completo (média dos pontos = 18,5) em relação àquelas com o 1º grau (média dos pontos = 1,75). Esses mesmos escores apresentam-se mais elevados para as mulheres que fazem uso do álcool (média dos pontos = 21) em relação às que não bebem (média dos pontos = 11,48).

Os escores do estado de ansiedade no 1º momento para a experiência da gravidez anterior satisfatória (média dos pontos = 17,29) foram mais elevados do que os das que consideraram essa experiência ruim (média dos pontos = 8,7). Já os escores do estado de ansiedade das mulheres avaliadas no 1º momento e que têm medo da hospitalização (média dos pontos = 12,04) foram menores do que os das que não têm medo (média dos pontos = 24).

As demais variáveis (faixa etária, religião, ocupação, tabagismo, número de filhos, aborto anterior, idade, idade da menarca, idade da

primeira relação, idade da primeira gestação, dias de internação, conhecimento sobre internação) não apresentaram significância estatística com os exercícios de relaxamento, traço e estado de ansiedade.

Na Tabela 4, apresentam-se os resultados dos testes que avaliaram o relaxamento e o nível de ansiedade das gestantes de alto risco, sendo apresentadas as comparações entre o 1º e o 2º momentos do relaxamento e os 1º, 2º e 3º momentos do Estado de Ansiedade. Observa-se que esses momentos são aqueles em que a gestante realiza pela primeira vez os exercícios de relaxamento com a orientação da pesquisadora, verificando-se as dúvidas e dificuldades; e o segundo momento é a realização dos exercícios pelas gestantes, depois das mesmas receberem orientações sobre os exercícios respiratórios com a supervisão da pesquisadora. Ao término do segundo momento de realização de exercícios, era entregue a cada gestante um exemplar da cartilha contendo os passos e desenhos dos exercícios de relaxamento e recomendado a cada gestante a sua realização na enfermaria por cinco vezes durante 24 horas, por no mínimo 48 horas consecutivas. A enfermeira pesquisadora realizava visita diária para saber acerca do desenvolvimento dos exercícios de relaxamento e do bem-estar das gestantes.

Tabela 4: Comparação entre os escores de relaxamento, traço e estado de ansiedade nos três momentos. Vitória, ES, Brasil, 2016. (n=25)

Variáveis	Fator avaliado	N	Média dos pontos	Valor p*
Relaxamento no 2º momento – Relaxamento no 1º momento	Pontos negativos	0	0.00	< **0.01**
	Pontos positivos	8	4.50	
	Empates	17		
Estado de ansiedade no 2º momento - Estado de ansiedade no 1º momento	Pontos negativos	15	13.27	< **0.01**
	Pontos positivos	6	5.33	
	Empates	4		
Estado de ansiedade no 3º momento - Estado de ansiedade no 1º momento	Pontos negativos	21	12.90	< **0.001**
	Pontos positivos	2	2.50	
	Empates	2		
Estado de ansiedade no 3º momento - Estado de ansiedade no 2º momento	Pontos negativos	20	13.98	< **0.001**
	Pontos positivos	4	5.13	
	Empates	1		

* Teste de Wilcoxon.

Fonte: Própria pesquisa, 2016.

Os escores do relaxamento no 2º momento foram mais elevados do que os do 1º momento (média dos pontos positivos = 4,5). Os escores do estado de ansiedade no 2º momento foram menores do que os do 1º momento (média dos pontos negativos = 13,27). Os escores do estado de ansiedade no 3º momento foram menores do que os do 1º momento (média dos pontos negativos = 12,9).

DISCUSSÃO

Os exercícios de relaxamento diminuíram o estado de ansiedade das gestantes de alto risco (Benson, 1993). Predominou uma população jovem, de baixa escolaridade, que não faz uso de álcool, com antecedentes ginecológicos de menarca e coitarca próximas, gravidez ainda na adolescência e história de abortos sucessivos e internações recorrentes. As gestantes, na sua internação, sentem medo de sua morte e de seu filho.

A baixa idade, baixa escolaridade, estado marital, condições socioeconômicas desfavoráveis, eventos de vida traumáticos e processos mórbidos são considerados como fatores de risco na gravidez, responsáveis pela ansiedade e ocorrências de prematuridade, baixo peso ao nascer, alterações cognitivas e outras complicações para o feto (Schetter; Tanner, 2012; Buffa *et al.*, 2018).

Durante a gravidez, a fisiologia da mãe afeta diretamente o feto e tem a oportunidade de moldar trajetórias de desenvolvimento (Da Lozzo Garbelini, 2022). A gravidez na adolescência, em virtude da sua imaturidade, é um fator de risco para distúrbios fisiológicos, emocionais e psicológicos, que exacerbam o quadro de ansiedade (Nour *et al.*, 2015; Oliveira; Madeira; Penna, 2011).

A ansiedade na gravidez predispõe o recém-nascido à prematuridade e a alterações fisiológicas cardíacas e respiratórias, podendo levar à morte (Buffa *et al.*, 2018; Rodrigues *et al.*, 2020). Os sentimentos negativos, advindos das dúvidas quanto à própria sobrevivência e à do filho, desencadeiam maior labilidade emocional (Vieira; Ferronha, 2013).

As alterações adaptativas, comuns na gravidez de alto risco, decorrem do novo papel e da perda do controle em relação à gestação. Essas

sensações influenciam a resposta insatisfatória à terapêutica usada para controle dos quadros de comorbidades existentes, como diabetes e hipertensão arterial (Nour *et al.*, 2015).

A saúde materna e fetal sofre influência de alterações psicobiológicas, psicossociais e espirituais, tais como doenças pré-existentes, relação conjugal insegura, conflitos familiares e condições ambientais, econômicas e sociais desfavoráveis (Vieira; Ferronha, 2013; Araújo *et al.*, 2016). Também do estilo de vida, como o fumo e o uso de bebida alcoólica, drogas lícitas e ilícitas (Segre, 2017). As drogas atravessam a barreira placentária afetando a saúde e o desenvolvimento do feto, predispondo ao aborto, à restrição ao crescimento, ao baixo peso ao nascer, à prematuridade e à morte fetal (Brasil, 2004; Segre, 2017). Estudos demonstram que esses fatores afetam a vida fetal e comprometem o seu desenvolvimento ao longo da infância (Teixeira *et al.*, 2018; Da Lozzo Garbelini, 2022).

Observou-se que as gestantes permaneceram, em média, sete dias internadas, apresentando um alto nível de ansiedade. A internação é considerada um evento estressor, visto que a pessoa tem que se abstrair de seu mundo de relação, da sua família, dos seus entes queridos, em especial filhos e companheiro, comprometendo o seu suporte social em um momento em que vivencia o processo gestacional com as suas alterações físicas, hormonais e emocionais produzidas por seu estado gravídico. Nesse período, em decorrência das alterações endócrino-metabólicas, a mulher apresenta uma fragilidade, necessitando muito do suporte emocional familiar (Vieira; Ferronha, 2013).

O quadro emocional, que já é considerado alterado, é exacerbado principalmente por sentimentos como o medo da morte e de perder o bebê, pela dor produzida pelas cólicas e contrações prematuras, por experiências gestacionais anteriores com a vivência de eventos ruins, como história de sucessivos abortos, e por questões ambientais, como o isolamento e a falta de relacionamento humano. Essas gestantes necessitam de cuidados físicos planejados de acordo com as suas necessidades reais e cuidados emocionais especiais, entre eles o suporte social (Araújo *et al.*, 2016; Oliveira; Madeira; Pena, 2011).

As carências e necessidades potencializam as comorbidades, eventos comuns na gestação de alto risco, entre eles diabetes, hipertensão arterial sistêmica e infecção. Esses problemas são considerados potentes

estressores que exacerbam o quadro de ansiedade, levando essas gestantes a necessitarem de terapias medicamentosas e não medicamentosas, dentre elas as técnicas de relaxamento usando a respiração e a imaginação (Brasil, 2004; Menezes; Dell'aglio, 2009).

Pesquisa realizada por Toosi e colaboradores (2014) demonstra que os exercícios de relaxamento beneficiam mãe e feto. Ao usar o relaxamento no pré-natal visando o apego materno em dois grupos de mães, um experimental e outro controle, observou-se que o grupo experimental, o de mães que receberam o treinamento do relaxamento, apresentou menor nível de ansiedade e era mais atento ao seu filho. O comportamento de apego mãe-filho, na média geral, mostrou-se estatisticamente significativo em relação às mães que, durante o pré-natal, não realizaram os exercícios de relaxamento.

Neste estudo, observou-se que os exercícios de relaxamento foram capazes de diminuir significativamente os níveis de ansiedade já nos primeiros momentos em que as gestantes vivenciaram a prática. Dentre as técnicas de relaxamento, as que usam a respiração e a imaginação de acordo com Benson (1993) constituem-se como as mais aplicadas, como nos mostram os estudos que utilizaram os exercícios em grupos randomizados e o uso de escalas psicométricas, com marcadores biológicos em período pré e pós gestacional, e em pacientes mastectomizadas, os quais contribuíram na diminuição da ansiedade na população estudada (Araújo *et al*., 2016; Olympio; Lima; Amorim, 2014; Primo; Amorim, 2008).

Destaca-se que o uso dos exercícios de relaxamento é simples e de fácil realização. A preconização dos cinco passos permite aliar os fundamentos da respiração e da imaginação mediante a meditação (Benson, 1993).

A respiração é um mecanismo anatomofisiológico que envolve o sistema psiconeuroendócrino e metabólico. Tanto os estímulos involuntários (estímulos sensoriais) quanto os estímulos voluntários (estados emocionais) afetam a respiração. O centro respiratório é capaz de aumentar ou diminuir tanto a frequência como a amplitude dos movimentos respiratórios, pois possui quimiorreceptores bastante sensíveis ao pH plasmático (West, 2013).

Esse processo permite ao organismo, com as trocas produzidas pela respiração, inspirar oxigênio e expirar o gás carbônico, eliminar os resíduos metabólicos produzidos nas situações de estresse. Os pulmões

assumem papel preponderante na eliminação dos resíduos metabólicos das substâncias vasoativas, desencadeadas pelo mecanismo do estresse, o que torna os exercícios respiratórios uma potente terapia no equilíbrio físico e emocional das gestantes (Das Neves Neto, 2011).

De acordo com Menezes e Dell'Aglio (2009), a meditação é entendida e vivenciada a partir de duas perspectivas que podem se complementar: a prática pode ser reflexo de um contexto religioso-espiritual, através do qual são cultivados os ensinamentos transmitidos pelos preceitos filosóficos característicos da tradição; ou uma atividade inserida no âmbito da saúde, na condição de técnica capaz de produzir determinados benefícios, promovendo maior saúde física e mental. Os autores advertem, ainda, ser prudente inferir que uma não necessita excluir a outra, e tampouco uma necessariamente precisa da outra

As terapias cognitiva-comportamentais, entre elas o relaxamento, podem ser associadas às técnicas de respiração, fundamentadas na sua execução, visando uma sinergia entre diferentes procedimentos terapêuticos, capazes de responder à complexidade dos problemas humanos (Benson, 1993; Das Neves Neto, 2011).

São vários os estudos que, ao longo dos últimos 30 anos, têm apresentado evidências clínicas de que o uso da respiração e da meditação promovem o relaxamento e diminuem os níveis de ansiedade e estresse e os efeitos deletérios (Toosi *et al.*, 2014; Da Lozzo Garbelini, 2022; Schetter; Tanner, 2012), entre eles os relacionados a vasoconstricção sanguínea, de acordo com West (2013), que, na gestante, compromete a oferta de oxigênio para o feto.

Já Benson (1993) percebeu que o relaxamento e a meditação trazem grandes resultados no tratamento e na cura de todas as doenças, sejam elas crônicas ou agudas, pois agem no eixo hipofisário, ocasionando também aumento na liberação de neuro-hormônios que atuam sobre a resposta imunológica do ser humano, ou seja, aumentam suas defesas e respostas orgânicas (Amorim; Lopes Júnior, 2021).

O estresse psicossocial compromete o desenvolvimento cognitivo da criança (Da Lozzo Garbeline, 2022). Em estudo junto às mães com exposição ao cortisol no pré-natal, observou-se que o uso do treinamento dos exercícios respiratórios contribui para o comportamento de apego mãe e filho e para o conforto e bem-estar da mãe e atua na prevenção dos

fatores de risco que afetam a saúde e desenvolvimento do bebê ao longo de sua vida (Schetter; Tanner, 2012).

O uso dos exercícios respiratórios visando o equilíbrio da homeostase sanguínea e toda reorganização psiconeuroendócrino e metabólica que o relaxamento produz reduz a ansiedade e estresse. Esses estudos chamam a atenção para os efeitos benéficos que essa terapia não-medicamentosa propicia à mãe e ao feto.

Ensinar, corretamente, as pacientes a dominarem técnicas de respiração e imaginação como as utilizadas em diversos estudos poderá se tornar uma prática importante de cuidados à saúde (Araújo *et al.*, 2016; Toosi *et al.*, 2014; Primo; Amorim, 2008; Benson, 1993). Essa prática pode ser ensinada desde os anos iniciais de formação a todos os profissionais da área da saúde e, especificamente, de enfermagem (Araújo *et al.*, 2016; Toosi *et al.*, 2014; Schetter; Tanner, 2012; Das Neves Neto, 2011).

CONCLUSÃO

Este estudo apresenta evidências de que o uso dos exercícios de relaxamento aplicados às gestantes com gravidez de alto risco, nos três momentos da aplicação do instrumento IDATE, foi capaz de diminuir sensivelmente ($p<0,001$) os níveis de ansiedade da população analisada.

Ressalta-se a necessidade de o enfermeiro prestar cuidados de enfermagem à gestante com base nas suas reais necessidades humanas básicas, utilizando evidências clínicas e acurácia diagnóstica, de forma a prestar cuidados de forma precoce no período pré-natal, fornecendo à gestante orientações necessárias à sua saúde e a do seu concepto, abordando aspectos do processo gestacional, da parturição e da saúde do seu filho. O ensino do autocuidado usando exercícios de relaxamento é de fundamental importância no controle e na manutenção do equilíbrio físico e emocional da mãe e do filho.

Como limitações, aponta-se a necessidade de novos estudos, de preferência randomizados, usando marcadores biológicos, visando ampliar as evidências do uso da técnica de relaxamento na diminuição da ansiedade, em especial em gestantes de alto risco.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. H. C.; LOPES JÚNIOR, L. C. Psiconeuroimunologia e a pesquisa em Enfermagem: descoberta, mudanças de paradigma e inovações metodológicas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, 2021. DOI: 10.37689/acta-ape/2021EDT1. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/5Nhwk9FHw7ySQJGFYNzGxLk/?lang=pt. Acesso em: 25 mar. 2023.

ARAÚJO, W. S. *et al*. Efeitos do relaxamento sobre os níveis de depressão em mulheres com gravidez de alto risco: ensaio clínico randomizado. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, 2016. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-24-02806.pdf. *Acesso em: 25 mar. 2023.*

BENSON, H. The relaxation response. In: GOLEMAN, D.; GURIN, J. **Mind/body medicine**: how to use your mind for better health, Boston: Consumers Reports Books, 1993. p. 233-257.

BUFFA, G. D. *et al*. Prenatal stress and child development: A scoping review of research in low- and middle-income countries. **PLoS One**., v. 13, n. 12, e0207235, 28 dez. 2018. DOI: 10.1371/journal.pone.0207235 Disponível em: https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0207235. Acesso em: 25 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher2.pdf. Acesso em: 24 mar.2023.

DAS NEVES NETO, A. R. Breathing techniques for reducing stress in cognitive-behavioral therapy. **Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo**, v. 56, n. 3, p. 158-168, 2011. *Disponível em:* www.fcmsantacasasp.edu.br/images/Arquivos_medicos/2011/56_3/AR09.pdf. Acesso em: 23 *mar. 2023.*

DA LOZZO GARBELINI, M. C. *et al*. Impact of management stress on fetal development: an integrative. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 2, p. 7027-7043, 2022. DOI: 10.34119/bjhrv5n2-267.

MAIA, Â. C. Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. **Psicologia**: Teoria, Investigação e Prática (Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal), n. 2, p. 207-225, 2002. Disponível em: www.conhecer.org.br/download/IMUNOLOGIA/leitura%20anexa%201.pdf. *Acesso em: 20 nov. 2016.*

MENEZES, C. B.; DELL'AGLIO, D. D.. Os efeitos da meditação à luz da investigação científica em Psicologia: revisão de literatura. **Psicologia**: ciência e profissão, v. 29, p. 276-289, 2009. DOI: 10.1590/S1414-98932009000200006 Disponível em: https://www.scielo.br/j/pcp/a/mZ3rqctVVfPzsZHmp9kXJBr/abstract/?lang=pt. Acesso em: 24 mar. 2023.

NOUR, G. F. A. *et al*. Mulheres com síndrome hipertensiva específica da gravidez: evidências para o cuidado de enfermagem. **SANARE-Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 1, 2015. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/620. Acesso em: 24 mar. 2023.

OLIVEIRA, V. J.; MADEIRA, A. M. F.; PENNA, C. M. de M. Vivenciando a gravidez de alto risco entre a luz e a escuridão. **Rev. Rene**, v. 12, n. 1, 24 fev. 2011. DOI: 10.15253/2175-6783.2011000100007. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4119. Acesso em: 26 mar.2023.

OLYMPIO, P. C. A. P.; LIMA, E.; AMORIM, M. H. C. Mulher mastectomizada: intervenção de enfermagem e atividade natural killer. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 1, p. 07-11, 2014. DOI: 10.17058/reci.v4i1.3960. Disponível em: https://www.redalyc.org/pdf/5704/570463830003.pdf. Acesso em: 25 mar. 2023.

PRIMO, C. C.; AMORIM, M. H. C. Efeitos do relaxamento na ansiedade nos níveis de IgA salivar de puérperas. **Rev. Latino-Am.** Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, fev. 2008. DOI: 10.1590/S0104-11692008000100006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2023.

RODRIGUES, A. R. M. *et al*. Vivências acerca da hospitalização: Percepções de gestantes de alto risco. **Ciênc. cuid. saúde**, v. 19, e46952, 2020. Epub 04-maio-2022. DOI: 10.4025/ciencuidsaude.v19i0.46952. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38612020000100256&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2023.

SCHETTER, C. D.; TANNER, L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. **Current opinion in psychiatry**, v. 25, n. 2, p. 141, 2012. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4447112/. Acesso em: 25 mar. 2023.

SEGRE, C. A. M. **Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido** [livro eletrônico] 2. ed. São Paulo: Sociedade de Pediatria de São Paulo, 2017. [Ed. em e-book baseada na ed. impressa de 2010]. ISBN 978-85-62773-03-7.

SPIELBERGER, R. L. *et al*. **Consulting Psychologists**, The state-trait anxiety inventory (test manual), Palo Alto, CA, 1970.

SPIELBERGER, C. D.; GORSUCH, R. L.; LUSHENE, R.; VAGG, P. R.; JACOBS, G. A.. **Manual para o Inventário de Ansiedade Traço-Estado**. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

TEIXEIRA, G. A. *et al*. Perfil de mães e o desfecho do nascimento prematuro ou a termo. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 23, n. 1, e51409, 2018. Epub 18-Jun-2018. DOI: 10.5380/ce.v23i1.51409. Disponível em http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-85362018000100308&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 25 mar. 2023.

TOOSI, M. *et al*. The Reduction of Anxiety and Improved Maternal Attachment to Fetuses and Neonates by Relaxation Training in Primigravida Women. **Women's Health Bulletin**, v. 1, n. 1, p. 1-6, 2014. DOI: 10.17795/whb-18968. Disponível em: https://womenshealthbulletin.sums.ac.ir/article_45514.html. Acesso em: 25 mar. 2023.

VIEIRA, F. S.; FERRONHA, F. M. Alterações psicológicas decorrentes do período gravídico. **Psiquiatria clínica**, v. 4, n. 1, p. 79-90, 2013. Disponível em: http://editora.unoesc.edu.br/index.php/acbs/article/viewFile/2559/pdf. Acesso em: 25 mar. 2023.

WEST, J. B. **Fisiologia respiratória moderna**. Trad. Ana Cavalcante de Carvalho Botelho, Andre Garcias Slabão, Edsom Moraes Rodrigues Filho. 9. ed. Artmed: Porto Alegre RG. 2013.

5

MAYCON CARVALHO DOS SANTOS
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
AMANDA DA SILVA COSTA
MARA REJANE BARROSO BARCELOS
VANEZIA GONÇALVES DA SILVA
LARISSA HÉLIDA DA SILVA E SILVA BIAZATTI
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

GAMIFICAÇÃO NO ENSINO-APRENDIZAGEM SOBRE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO PARA GRADUANDOS DE ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO

Por ano, o Brasil contabiliza aproximadamente 6,36 mil mulheres que vão a óbito em decorrência do câncer de colo do útero (CCU), registrando cerca de 16,7 mil novos casos dessa patologia por 100 mil mulheres, estimativa mantida para cada ano do período de 2020 a 2022 (INCA, 2021).

O déficit de oferta dos serviços em áreas carentes e a escassez de conhecimento sobre a doença e de centros especializados em rastreá-la, assim como o fato de os programas existentes não abarcarem mulheres do grupo de maior risco, representam desafios para reduzir esses números. Ainda há outro agravante: no contexto pandêmico de covid-19, o rastreamento do CCU ficou menos acessível, já que a realização de exames citopatológicos e o tratamento da doença sofreram queda, respectivamente, de 44% e 34% (Ribeiro *et al.*, 2021).

Nas ações para a prevenção do CCU, a ação da Enfermagem é de suma importância, com atuação na vacinação e na realização de exames citopatológicos, inclusive em mulheres consideradas saudáveis (Soares *et al.*, 2020). Essas atividades são complexas e envolvem conhecimentos teóricos, habilidades e atitudes para que o profissional possa tomar decisões que permitam solucionar com eficácia os problemas identificados (Camargo; Daros, 2021).

Todavia, em oficinas com 96 profissionais de Enfermagem, foram identificadas vulnerabilidades complexas decorrentes de aspectos relacionados à gestão dos municípios, ao conhecimento dos enfermeiros sobre o CCU e à adesão desses profissionais às orientações dadas pelo Ministério da Saúde (Soares *et al.*, 2020; Brasil, 2016). Em linha semelhante, um estudo constatou que apenas 51,9% dos profissionais

de saúde realizavam o correto controle do rastreamento dessa patologia (Anjos *et al.*, 2021).

Essas lacunas para monitorar e controlar o CCU, observadas na atuação dos enfermeiros, somadas às estimativas epidemiológicas da doença e ao atraso causado pela pandemia na assistência a essa patologia, constituem-se em problemas reais. Como tal, podem se beneficiar da aplicação de jogos como ferramenta de aprendizado ou atualização de conteúdos pertinentes ao melhor manejo da doença, promovendo capacitação dos profissionais (McGonigal, 2012).

Os jogos consistem em um processo interativo que implica a aquisição de conhecimento, mas, também, o desenvolvimento de habilidades cognitivas e afetivas, favorecendo a troca de experiências e informações, que possibilitam vivenciar o respeito mútuo (Brandão *et al.*, 2019). Assim, oferecem recompensas, ensinam, inspiram e envolvem as pessoas mais amplamente se comparadas com estratégias mais tradicionais (McGonigal, 2012).

Nesse universo, destaca-se o conceito de gamificação, que, embora uma prática antiga, começa a ser usado mais intensamente a partir de 2010 (Mattar, 2017). A gamificação se refere ao uso de elementos lúdicos em contextos não relacionados a jogos, tais como a educação, na qual os aprendizes (do sistema formal ou informal) são motivados a atingir determinado objetivo, melhorando sua experiência (Domingues, 2017).

Com a inserção de estratégias e mecanismos de jogos, a gamificação engaja pessoas na resolução de problemas (Ota; Rocha, 2021; Camargo; Daros, 2021) a partir da obtenção de domínio sobre o assunto (Zichermann; Cunningham, 2011). Na atualidade, a gamificação na aprendizagem cresce com o avanço das tecnologias, refletindo a maior necessidade de intervenções educacionais que envolvam os estudantes para atuarem como protagonistas do seu processo de aprendizagem (Ota; Rocha, 2021).

Diante desses benefícios, é pertinente implementar estratégias de ensino gamificadas que desafiem os estudantes da graduação em Enfermagem no aprendizado do cuidado e atenção ao CCU e que estejam ajustadas ao contexto do exercício profissional, ampliando as oportunidades de aprendizagem sobre uma patologia que acomete milhares de mulheres brasileiras anualmente, muitas das quais têm suas vidas interrompidas por dificuldades na assistência.

Nesse contexto, este estudo teve como objetivo avaliar o uso da gamificação no processo de ensino-aprendizagem sobre o câncer de colo do útero para acadêmicos de Enfermagem.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter quanti-qualitativo, caracterizado como pesquisa-intervenção. A pesquisa foi implementada durante a realização de um minicurso de quatro horas sobre a temática CCU ofertado em ambiente virtual, em junho de 2022, no âmbito do Fórum Capixaba das Escolas de Enfermagem – Forcenf.

O Forcenf foi criado em 2019 e, desde então, vem ocorrendo em comemoração à Semana da Enfermagem, unindo diversas instituições no Espírito Santo, com apoio do Conselho Regional de Enfermagem - ES. O objetivo do Forcenf é implementar e fortalecer a discussão política, teórica e científica sobre a prática e a atuação dos profissionais da área.

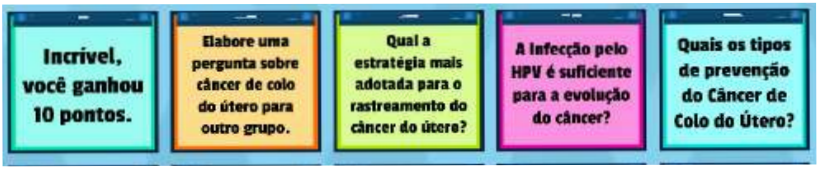
Participaram do estudo 20 estudantes de graduação em Enfermagem, oriundos de seis instituições de ensino do Espírito Santo (uma federal e cinco privadas). O critério de inclusão foi estar matriculado no curso de graduação em Enfermagem e o critério de exclusão foi ser estudante de cursos técnicos profissionalizantes da área.

A intervenção ocorreu no dia 2 de junho de 2022, durante o minicurso, e fez uso da estratégia de gamificação denominada "Batalha das Caixas", com perguntas a serem respondidas pelos estudantes, aplicada posteriormente à explanação de conteúdo relacionado à temática das perguntas realizadas.

A implementação de estratégia gamificada no ensino sobre a temática CCU inicialmente ocorreu de forma que foram apresentadas para os participantes do estudo as regras da estratégia de gamificação denominada "Batalha das Caixas" (Figura 1), acessada via plataforma digital *Wordwall*, contendo 32 perguntas-desafios que subsidiaram a discussão dos fatores de risco do CCU. Essas regras estabeleciam que: a) a estratégia seria individual; b) o estudante com mais pontos seria o vencedor; c) o descumprimento das regras geraria punição (perda de pontos); d) ao final

de cada rodada, o *ranking* seria disponibilizado para demonstrar avanços na aprendizagem.

Figura 1: Algumas perguntas da estratégia gamificada "Batalha das Caixas"



Fonte: Elaborada com base em orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2016).

Primeiro, procedeu-se ao sorteio das caixas de perguntas, uma a uma. Se o estudante que primeiro se apresentasse (via *chat*) acertasse a resposta, ganharia os pontos; do contrário, dentre os que se apresentassem em seguida, aquele que primeiro respondesse corretamente é que pontuaria. Seguindo essa lógica, as caixas foram sendo abertas até que todas as perguntas tivessem sido respondidas, vencendo o estudante com maior pontuação.

A avaliação antes e depois da exposição à intervenção ocorreu por meio de instrumento com abordagem quantitativa, aplicado via Google Forms. O questionário avaliou o conhecimento prévio dos estudantes sobre o CCU (pré-teste), sendo reaplicado ao término da estratégia gamificada (pós-teste). O instrumento estava assim dividido: Parte I – Caracterização da população, Parte II – Situação/rotina de estudo e Parte III – Teste sobre o conhecimento a respeito do CCU. O questionário foi adaptado (Martins; Motta, 2020), sendo validado por uma enfermeira doutora em Saúde Coletiva e por uma médica ginecologista-obstetra e doutora em Saúde Coletiva, ambas professoras de disciplinas que envolvem a temática saúdem da mulher.

As quatro perguntas qualitativas realizadas foram: Como foi a sua experiência com a estratégia gamificada no ensino?; Qual a contribuição para a aprendizagem dos elementos de gamificação – medalhas, faixas, regras, estrutura sequencial gradativa (fases)?; Como as estratégias gamificadas podem auxiliar no ensino da Enfermagem?; Quanto à experiência de realizar uma tarefa avaliativa em um ambiente gamificado, comparada

ao modelo tradicional (provas, trabalhos), considera o modelo gamificado: melhor, pior ou indiferente?.

Por fim, foi aplicada uma versão reduzida do instrumento Arcs/ Instructional Materials Motivation Scale (IMMS), com 16 assertivas, distribuídas em quatro categorias: Atenção, Relevância, Confiança e Satisfação. Em cada uma, os participantes indicavam seu grau de concordância respondendo a uma escala Likert de cinco pontos: "Discordo totalmente" (DT), "Discordo parcialmente" (DP), "Indiferente" (I), "Concordo parcialmente" (CP), "Concordo totalmente" (CT).

Em relação à análise dos dados, utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Sciences 26.0. Foi feito o levantamento das frequências e cálculo de proporções para montagem dos gráficos. Para as variáveis quantitativas, aplicou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov. Uma vez que os dados aderiram à distribuição normal, realizou-se o Teste *t* pareado, a fim de confrontar as notas nos períodos pré e pós-teste. Dessa forma, as análises foram realizadas de maneira personalizada e respeitando o pressuposto de sua distribuição. O cruzamento das variáveis categóricas nos períodos pré e pós-teste foi feito via Teste Qui-quadrado de McNemar, pois as amostras eram pareadas e as características dicotômicas (respostas corretas e incorretas).

Para as perguntas qualitativas, utilizou-se a análise de conteúdo, técnica que permite compreender os significados que os atores sociais elaboram e exteriorizam no discurso, possibilitando apreender suas representações sobre a realidade e a interpretação dos fatos que ocorrem à sua volta. A análise de conteúdo obedeceu a três fases: pré-análise, em que se estabeleceu um esquema de trabalho preciso, com a organização dos dados coletados; exploração do material, na qual foi considerado o referencial teórico, resultando em quadros de referências com vistas à obtenção de sínteses com ideias coincidentes e divergentes; por fim, tratamento dos resultados, quando se buscou tornar resultados brutos significativos e válidos. Desse modo, após sucessivas leituras do conteúdo coletado, emergiram duas categorias a partir das falas: as potencialidades e as fragilidades na implementação da gamificação.

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo a pesquisa aprovada por Comitê de Ética sob o Parecer nº 4.763.385, Certificado de Apresentação de Apreciação Ética

nº 47725421.5.0000.5066. Para manter as identidades sob confidencialidade, os participantes foram identificados aleatoriamente pela letra E, seguida de números arábicos (E1, E2... E20).

RESULTADOS

Com o intuito de entender o perfil dos participantes do referido estudo, inicialmente foi realizado a sua caracterização. Participaram deste estudo 20 acadêmicos, com idade média de 27,1 anos, desvio-padrão de 8,6%, variando de 19 a 42 anos, predominantemente do sexo feminino (90%). No grupo, 90% estavam em sua primeira formação acadêmica. Do total, 100% afirmaram que acessavam regularmente a internet e costumavam fazê-lo de casa, com a finalidade de estudar.

Nos estudos, sobretudo, acessavam fontes como Google (50%), YouTube (25%) e Biblioteca Virtual (25%). Como material multimídia, os estudantes disseram acessar vídeos (30%), livros eletrônicos (30%) e *sites* educativos (40%). Quanto ao material preferido para estudo, os livros foram apontados por 60%, enquanto 40% disseram que os vídeos eram sua primeira opção. Nota-se, assim, que se trata de estudantes conectados às tecnologias educacionais de amplo acesso via internet.

Avaliação do conhecimento sobre a temática pré e pós-estratégia gamificada

Nesta seção, são apresentados os resultados obtidos com os instrumentos preenchidos pelos estudantes antes e após a implementação da estratégia gamificada, respectivamente pré-teste e pós-teste (Quadro 1), os quais continham perguntas focadas na temática do CCU.

Quadro 1: Avaliação de conhecimentos dos estudantes pré e pós-gamificação

Pergunta	Resposta (pré-teste)	Resposta (pós-teste)			Estatística; valor de *p*
		Correta	Incorreta	Total	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Qual o principal fator de risco para desenvolver o CCU?	Correta	16	0	16 (80%)	$c^2(1)= 0,00$ p =1,00
	Incorreta	4	0	4 (20%)	
	Total	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100%)	
Em relação às manifestações clínicas relacionadas ao CCU, marque a opção correta:	Correta	3	1	4 (20%)	$c^2(1)= 9,60$ p = 0,001*
	Incorreta	14	2	16 (80%)	
	Total	17 (85,0%)	3 (15%)	20 (100%)	
Qual o tipo histológico mais frequente do CCU?	Correta	1	0	1 (5,0%)	$c^2(1)= 13,06$ p < 0,001*
	Incorreta	15	4	19 (95,0%)	
	Total	16 (80,0%)	4 (20,0%)	20 (100%)	
De acordo com o Ministério da Saúde, a realização do Preventivo do Câncer de Colo do Útero (PCCU) deve priorizar mulheres em qual faixa etária?	Correta	1	1	2 (10,0%)	$c^2(1)= 10,56$ p = 0,001*
	Incorreta	15	3	18 (90,0%)	
	Total	16 (80,0%)	104 (20,0%)	20 (100%)	
De acordo com o Ministério da Saúde, em qual periodicidade deve ser realizado o PCCU?	Correta	1	1	2 (10,0%)	$c^2(1)= 11,53$ p = 0,001*
	Incorreta	16	2	18 (80,0%)	
	Total	17 (85,0%)	3 (15,0%)	20 (100%)	

Pergunta	Resposta (pré-teste)	Resposta (pós-teste)			Estatística; valor de *p*
		Correta	Incorreta	Total	
		n (%)	n (%)	n (%)	
Em relação ao procedimento da coleta do PCCU, marque a opção verdadeira:	Correta	1	1	2 (10,0%)	$c^2(1)= 10,56$ $p = 0,001$*
	Incorreta	15	3	18 (90,0%)	
	Total	16 (80,0%)	4 (20,0%)	20 (100%)	
Considerando as competências do enfermeiro como agente atuante na detecção precoce do CCU, marque a opção falsa:	Correta	3	0	3 (15,0%)	$c^2(1)= 1,00$ $p < 0,001$*
	Incorreta	17	0	17 (85%)	
	Total	20 (100,0%)	0 (0,0%)	20 (100%)	

Nota: * valores de $p < 0,05$ indicam diferença significativa pelo Teste Qui-Quadrado de McNemar.

Fonte: Elaborada pelos autores a partir dos dados obtidos na pesquisa.

Conforme se verifica no Quadro 1, das sete perguntas do instrumento, apenas a primeira não obteve significância pelo Teste Qui-Quadrado de McNemar, aplicado para averiguar a significância da estratégia implementada, ou seja, o valor de $p = 1$.

Em Q1, os discentes obtiveram grau de acerto elevado, tanto no pré quanto no pós-teste. Por outro lado, nota-se que as outras questões (2 a 7, as quais abordaram as manifestações clínicas do CCU, os tipos de cânceres mais prevalentes, a faixa etária para realização do exame, o procedimento para a realização da coleta do exame preventivo e a atuação do enfermeiro nesta prática) obtiveram grau de significância com $p < 0,001$, ou seja, para o teste implementado, houve diferença significativa do pré-teste em relação ao pós-teste.

A análise permite notar que os estudantes obtiveram maior número de acertos nas questões após experimentarem as estratégias gamificadas implementadas no minicurso.

A percepção dos discentes acerca da experiência com a intervenção gamificada

Ao pontuar as experiências dos discentes sobre as estratégias gamificadas adotadas, as falas expressam avaliação positiva que os motivaram e os inseriram no processo de ensino-aprendizagem. A competitividade também se destacou:

> O game foi muito bem utilizado. Me ajudou a entender melhor o conteúdo proposto e me incentivou a contribuir com a aula. (E4)

> Sou uma pessoa competitiva, ainda mais "representando"' minha universidade, que é minha segunda casa. O fato de ter um quizz valendo ponto no final me deu um gás a mais para me manter focada e prestando atenção durante a palestra, ainda mais depois de um dia cansativo. Enfim, simplesmente adorei muito essa metodologia! (E10)

> Um melhor entendimento do assunto proposto, principalmente pela competitividade de ganhar o game. (E5)

> Aprendi muito mais nesse minicurso do que em uma aula convencional.(E18)

> De grande contribuição! As fases me fizeram despertar maior interesse na aprendizagem. (E11)

> Achei mais fácil para me manter focada até o final do minicurso e acabei sanando mais facilmente algumas dúvidas que foram surgindo durante o game. (E15)

Essas falas expressam que houve avaliação positiva sobre a gamificação. Os estudantes tendem a se sentir mais pertencentes ao seu processo de aprendizagem quando a experiência inclui tecnologias e estratégias distintas das tradicionais usadas em sala de aula, estas marcadas por aulas expositivas e provas pontuais. Ao participar de uma intervenção gamificada, o discente pode ser afetado quando entra no jogo com o sentimento de competição, buscando a vitória, como fica explícito nas falas.

Ao serem questionados de como a gamificação pode auxiliar no ensino da enfermagem, destacam-se algumas das respostas:

> O fato de ser um game consegue ser um estímulo e de ampliação do conhecimento, ao mesmo tempo contribui para o estudante ficar focado durante o minicurso, fixando melhor o conteúdo. (E9)

> Acredito que tem muito a agregar, pois de forma lúdica é mais fácil de aprender. (E13)

> Realizando uma disputa de conhecimentos sadios e que colaborem no aprendizado de todos os participantes. (E16)

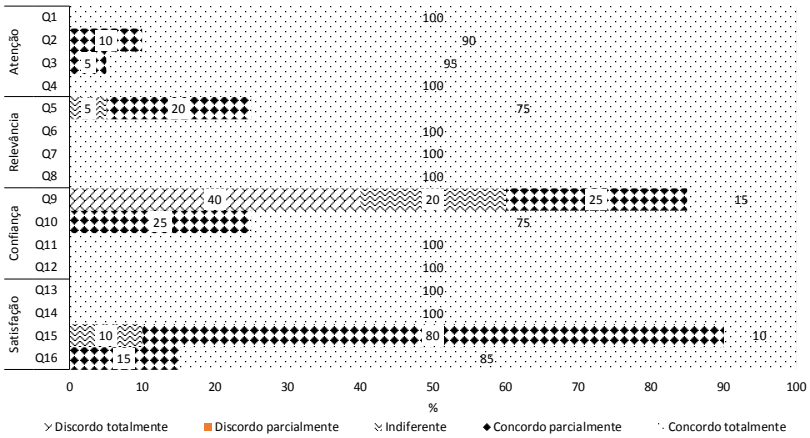
> Pode agregar e muito para o nosso conhecimento. A didática usada foi espetacular! (E6)

Quanto à experiência de prestar uma tarefa avaliativa em um ambiente gamificado, comparada ao modelo tradicional (provas e trabalhos), 90% dos estudantes indicaram que era melhor implementar as estratégias gamificadas, enquanto 10% se mostraram indiferentes quanto ao uso de uma ou outra forma de avaliação.

Instrumento de avaliação da qualidade da motivação baseada no Arcs/IMMS

A seguir são apresentados os resultados obtidos com a aplicação de uma versão reduzida do Arcs/IMMS (16 assertivas), distribuídas pelas categorias Atenção, Relevância, Confiança e Satisfação.

Figura 2: Avaliação da qualidade da motivação baseada no Arcs/IMMS



Fonte: Elaborada pelos autores a partir de dados obtidos na pesquisa.

A Figura 2 mostra que, em relação à categoria Atenção, nas questões Q1 ("Houve algo interessante no início do minicurso que chamou minha atenção") e Q4 ("A variedade de recursos utilizados – computador, simuladores, exercícios, desafios, *quizzes* – ajudou-me a manter a atenção nas aulas"), 100% dos participantes concordaram totalmente com as afirmativas, confirmando que houve o fortalecimento da atenção. Em relação à Q2 ("O design da sala de aula é atraente") e Q3 ("Aprendi algo surpreendente ou inesperado durante o minicurso"), 90% e 95% dos estudantes, respectivamente, concordaram totalmente com as assertivas.

Na Q5 ("Ficou explícito que o conteúdo do minicurso estava relacionado a algo que eu já conhecia"), situada na categoria Relevância, 75% concordaram totalmente. Por outro lado, na mesma categoria, nas Q6 ("O conteúdo da aula foi relevante"), Q7 ("Houve explicações ou exemplos de como as pessoas usam/aplicam o conhecimento desta disciplina") e Q8 ("O conteúdo ministrado será útil para sua formação"), 100% dos estudantes indicaram concordância total com as afirmações.

Na categoria Confiança, em Q9 ("Ao examinar pela primeira vez o conteúdo do minicurso, tive a impressão de que seria fácil") houve menor grau de concordância, com 40% discordando totalmente da assertiva. Ainda nessa categoria, 75% dos estudantes concordaram totalmente que,

após lerem as informações introdutórias sobre a gamificação, tiveram mais confiança de que aprenderiam sobre a temática abordada durante o minicurso (Q10). Em relação a Q11 ("Ao passar pelas etapas das atividades propostas, houve o aumento da confiança") e Q12 ("A boa organização do minicurso ajudou-me a ter certeza sobre meu aprendizado"), 100% dos participantes concordaram totalmente com as assertivas.

Por fim, na análise das questões situadas na categoria Satisfação, notou-se que 100% dos participantes concordaram totalmente com as assertivas de que realizar a atividade com sucesso foi importante para eles (Q13) e de que concluir os exercícios do minicurso promoveu neles a satisfação de realização (Q14). Além disso, 80% concordaram parcialmente com a afirmação de que, em função de seu esforço pessoal, haviam conseguido avançar na aprendizagem e, em decorrência disso, sentiam-se recompensados. Na Q16, última questão, notou-se um patamar semelhante ao obtido nas demais assertivas que compuseram a categoria Satisfação, visto que 85% dos estudantes indicaram concordância total de que haviam gostado da disciplina e gostariam de saber mais sobre ela.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu notar que a implementação de estratégias gamificadas no ensino é positiva e, conforme se depreende da análise dos dados, tais metodologias podem ser utilizadas em diversos ambientes de ensino, sendo que, no caso em tela, isso se deu em um minicurso realizado como parte da programação de um evento científico (a edição de 2022 do Forcenf). A implementação da abordagem levou em consideração as realidades dos educandos, que se encontravam em um ambiente virtual, no qual foram utilizadas ferramentas como jogos para incentivá-los à participação, conseguindo, assim, fortalecer a motivação dos participantes na construção do seu aprendizado sobre a temática trabalhada (câncer de colo do útero).

A estratégia adotada levou em consideração que a maior parte dos indivíduos tem certa necessidade de motivação e envolvimento nas tarefas das quais participam, qualquer que seja o caráter que elas assumem (social,

político, cultural), o que leva as instituições a adotarem estratégias consideradas motivacionais no planejamento de suas ações. Em decorrência disso, dinâmicas com jogos em aplicativos ou em ambientes virtuais e aprendizagem guiada por interações e *games* estão sendo inseridas não somente em empresas mas também em escolas (Kang; Suh, 2018), pelo reconhecimento de sua capacidade de ajudar a resolver problemas reais (Mello *et al.*, 2019; Wingo *et al.*, 2019).

Os resultados encontrados em relação ao conhecimento dos estudantes antes e depois da estratégia gamificada revelam que houve significância estatística considerável, indicando que os estudantes tiveram maior quantidade de acertos na resposta ao teste após a intervenção. Tal resultado corrobora os achados de um estudo segundo o qual estudantes de graduação em Enfermagem, ao serem submetidos a uma estratégia de gamificação, alcançaram mais autonomia na tomada de decisões envolvendo raciocínio clínico, com diferenças significativas no aumento de criatividade, controle e atenção em relação aos do grupo-controle, bem como reduziram a procrastinação, não sendo observada nenhuma consequência negativa da intervenção (García-Viola *et al.*, 2019)

Nessa direção, no presente estudo, foi necessário observar os fatores motivacionais dos jogos, criando um sistema de múltiplos focos para manter o interesse discente. As respostas dos estudantes denotam que tais metodologias conseguiram adentrar seu universo, uma vez que, em seus relatos, é possível identificar tópicos que abarcam a motivação, o estímulo, o interesse e a ludicidade como pontos positivos para o processo de ensino-aprendizagem.

Em sua totalidade, os estudantes apontaram que a estratégia adotada foi inovadora e conseguiu ampliar seu aprendizado sobre o CCU. Assim, o uso da gamificação na situação educacional descrita se traduziu em diversos benefícios, revelando-se uma forma de promover inovações no ensino. Isso porque, com o uso de estratégias gamificadas, a situação de aprendizagem se reconfigura, afastando-se dos métodos de ensino comumente usados e aproximando-se de outras situações da vida (McGonigal, 2012).

A análise dos fatores motivacionais com o uso do instrumento Arcs/IMMS permitiu identificar que os estudantes se sentiram motivados em todas as fases da implementação do ensino, tanto em relação à atenção quanto no que diz respeito à relevância, confiança e satisfação. Esses

resultados positivos ampliam a confiança do estudo, uma vez que, no contexto de um minicurso ministrado virtualmente, explorar ferramentas e estratégias que promovem o envolvimento do aluno no seu aprendizado é essencial, já que não há a presença física do professor e a interação com os colegas de classe se reduz.

O uso da gamificação como ferramenta de ensino se traduz em diversos benefícios, revelando-se uma forma de promover inovações no contexto educativo da Enfermagem (Possolli; Marchiorato; Nascimento, 2020). Isso porque, com essa estratégia, a situação de aprendizagem se reconfigura, afastando-se dos métodos frequentemente usados e aproximando-se de outras situações da vida ao utilizar elementos presentes na realidade vivenciada por esses discentes, como *games*, redes sociais e interação on-line.

O estudo aqui relatado permite notar que os elementos de jogos podem ser utilizados além da sala de aula convencional, constituindo-se em um processo motivacional em diversos cenários de ensino, por exemplo em minicursos virtuais. Estudos também apontam sua utilização no contexto da educação continuada dos profissionais de saúde, no ensino da informática em enfermagem (Moraes *et al.*, 2022; Castro; Gonçalves, 2018).

Considerando que o cuidado a mulheres acometidas pelo câncer de colo do útero necessita do desenvolvimento de habilidades e competências teóricas e práticas por parte da Enfermagem, principalmente dos que estão em formação, a estratégia gamificada aproveitou para aproximar-se da realidade dos estudantes e utilizar ferramentas eletrônicas que permanecem em uso no contexto pós-pandêmico (Silva *et al.*, 2021; Silva, 2022).

Por outro lado, por se tratar de um fórum científico voltado à área da Enfermagem, pode-se apontar duas limitações para este estudo. A primeira relaciona-se ao fato de que o evento foi realizado virtualmente, o que impediu que algumas impressões dos estudantes na vivência da estratégia gamificada fossem captadas – por exemplo as frustações, os anseios, as expectativas e as dificuldades por eles encontradas no processo. Além disso, trata-se de um evento pontual, não sendo possível dar continuidade ao processo de avaliação e de aprendizagem com os estudantes, nem a quantificação da retenção desse aprendizado a longo prazo, fatores esses limitantes para o estudo em tela. Ainda assim, os resultados obtidos

foram positivos para o formato de um minicurso virtual, o que sugere a temática ser um campo fértil para novos estudos.

CONCLUSÃO

O estudo aponta que a implementação de metodologias ativas de ensino, especificamente a gamificação, traz benefícios para o processo de ensino-aprendizagem, uma vez que os estudantes avaliaram positivamente as estratégias utilizadas, apontadas em diversas de suas falas como metodologias que atuaram como motivadoras para a construção do seu conhecimento. Nesse sentido, os achados sugerem que os estudantes almejam processos de ensino-aprendizagem mais participativos e nos quais estejam presentes metodologias que busquem inseri-los como protagonistas na aquisição do seu conhecimento.

Diante disso, estudos futuros podem avaliar a percepção dos estudantes em relação ao ensino gamificado em contextos presenciais ou híbridos. A partir dos benefícios das estratégias de gamificação observados no contexto deste estudo, é importante pensar na ampliação do uso dessas ferramentas para promover o conhecimento teórico e prático sobre o cuidar, discutindo sobre sua dinâmica com docentes de Enfermagem e demais cursos da área da Saúde.

REFERÊNCIAS

ANJOS, E. F. *et al*. Monitoramento das ações de controle do câncer do colo do útero e fatores associados. **Texto & Contexto – Enfermagem** [online], v. 30, p. 1-15, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/x4gKN6qTG5JKx4B5x6Mm87c/?lang=pt#. Acesso em: 23 fev. 2023.

BRANDÃO, I. *et al*. Jogos eletrônicos na atenção à saúde de crianças e adolescentes: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 464-469, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/hmbJCzZrYKJHhGmXBZS7HHr/?lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das mulheres. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 jan. 2023.

CAMARGO, F.; DAROS, T. **A sala de aula digital**: estratégias para fomentar o aprendizado ativo, on-line e híbrido. Porto Alegre: Penso, 2021.

CASTRO, T. C.; GONÇALVES L. S. The use of gamification to teach in the nursing field. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 71, n. 3, p.1038-1045, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/bGRs38N8BH7GCHYtMFCVrLr/?lang=en#. Acesso em: 10 jan. 2023.

DOMINGUES, D. O sentido da gamificação. In: SANTALELLA, L.; NESTERIUK, S.; FAVA, F.; (Eds.). **Gamificação em debate.** São Paulo: Blucher, 2017. p. 11-21.

GARCÍA-VIOLA, A. *et al*. The influence of gamification on decision making in nursing students. **Journal of Nursing Education,** v. 58, n. 12, p. 718-722, 2019. Disponível em: https://www.proquest.com/openview/850f2e0fd5af06aa769307236a0efc22/1?pq-origsite=gscholar&cbl=47628. Acesso em: 10 jan. 2023.

INCA. Instituto Nacional Do Câncer. **Câncer do colo do útero**: números do câncer. Rio de Janeiro (RJ): INCA, 2021.

KANG, J; SUH E. E. Development and evaluation of "chronic illness care smartphone apps" on nursing students' knowledge, self-efficacy, and learning experience. **Computers, Informatics, Nursing**, v. 36, n. 11, p. 550-559, 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29901475/. Acesso em: 10 jan. 2023.

MARTINS, P. C. A; MOTTA, I. S. O saber acadêmico sobre as competências do enfermeiro na prevenção do câncer do colo do útero. **Enfermagem Brasil**, v. 19, n. 1, p. 4-10, 2020. Disponível em: https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2296. Acesso em: 10 jan. 2023.

MATTAR, J. Gamificação em educação: revisão da literatura. In: SANTALELLA, L.; NESTERIUK, S.; FAVA. F. (Eds.). **Gamificação em debate**. São Paulo: Blucher, 2017. p. 147-162.

MCGONIGAL, J. **A realidade em jogo**: porque os games nos tornam melhores e como eles podem mudar o mundo. Rio de Janeiro: BestSeller, 2012.

MELLO, J. A. V. B. *et al.* Gamificação como alternativa de ensino e interação com a sociedade. **Da Investigação às Práticas**: Estudos de Natureza Educacional, v. 9, n. 2, p. 31-45, 2019. Disponível em: https://ojs.eselx.ipl.pt/index.php/invep/article/view/163. Acesso em: 10 jan. 2023.

MORAES, T. N. P. *et al.* Jogos educativos na educação continuada de profissionais da saúde: uma revisão integrativa. **RSD**, v. 11, n. 11, p. 1-10, 2022. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/33336/28263/374916. Acesso em: 10 jan. 2023.

OTA, M. A; ROCHA, D. G. Personalização, gamificação e as trilhas de aprendizagem. In: ROCHA, D. G.; HOFFMANN, G.; OTA, M. A. **Aprendizagem digital**: curadoria, metodologias e ferramentas para o novo contexto educacional. Porto Alegre (RS): Penso, 2021. p. 95-112.

POSSOLLI, G. E; MARCHIORATO, A. L; NASCIMENTO, G. L. Gamificação como recurso educacional na área da saúde: uma revisão integrativa. **Educação & Tecnologia**, v. 23, n. 3, 2020. Disponível em: https://seer.dppg.cefetmg.br/index.php/revista-et/article/view/783. Acesso em: 10 jan. 2023.

RIBEIRO, A. N. *et al.* Rethinking cervical cancer screening in Brazil post covid-19: a global opportunity to adopt higher impact strategies. **Cancer Prev. Res. (Phila)**, v. 14, n. 10, p. 919-926, 2021. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34607876/. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, A. O. A gamificação como ferramenta de consolidação do conhecimento em língua portuguesa em meio à pandemia do coronavírus. **Revista Arquivos Científicos (IMMES)** [online], v. 5, n. 1, p. 143-153, 2022. Disponível em: https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/549. Acesso em: 10 jan. 2023.

SILVA, W. S. *et al.* Gamificação em tempos de pandemia do covid-19: uma nova forma de educar em saúde - relato de experiência. **SciGen** [Internet], v. 2, n. 1, p. 1-9, 2021. Disponível em: http://www.scientiageneralis.com.br/index.php/SG/article/view/55. Acesso em: 10 jan. 2023.

SOARES, L. S. *et al.* Educação participativa com enfermeiros: potencialidades e vulnerabilidades no rastreamento do câncer de mama e colo do útero**. Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p.1-6, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/cQMgQbGH5pn4mDQPpWBSK6K/?lang=pt. Acesso em: 10 jan. 2023.

WINGO, N. P. *et al.* Playing for bragging rights: a qualitative study of students' perceptions of gamification. **Journal of Nursing Education**, v. 58, n. 2, p. 79-85, 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30721307/. Acesso em: 10 jan. 2023.

ZICHERMANN, G; CUNNINGHAM, C. Gamification by design: implementing game mechanics in web and mobile apps. Sebastopol (CA): O'Reilly Media, 2011.

6

GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA MINARINI
THAMIRES FONTOURA CANTALEJO
MICHELLE ANNE DE OLIVEIRA BATISTA SALGUEIRO
CAMILA MEDEIROS CRUVINEL CUNHA
LAÍS CAETANO SILVA
ANA PAULA GOMES DA CRUZ
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

MODELOS DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO APLICADOS À AMAMENTAÇÃO: REVISÃO DE ESCOPO

INTRODUÇÃO

A Tradução do Conhecimento (TC) é um processo de tradução ou conversão de achados de pesquisa eticamente reconhecidos ou aceitáveis. Existem diferentes termos para definir esse movimento de tradução, que varia segundo a localização geográfica (Camargo *et al.*, 2018).

A definição mais amplamente utilizada foi publicada pelos Institutos Canadenses de Pesquisa em Saúde – Canadian Institutes of Health Research (CIHR), criado em 2000, que define a TC como um processo dinâmico e interativo, que inclui a síntese, a disseminação, o intercâmbio e a aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde, por meio de serviços e produtos mais efetivos, fortalecendo os sistemas de saúde (CIHR, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou a definição CIHR de TC, adaptando-a para síntese, intercâmbio e aplicação de novos saberes por pessoas interessadas em acelerar os benefícios da inovação global e local, fortalecendo os sistemas de saúde, a melhoria da saúde da população, da oferta de serviço e do fortalecimento do sistema de saúde (WHO, 2006).

A tradução efetiva do conhecimento possibilita a otimização do acesso e sua utilização na pesquisa a fim de aprimorar as políticas e práticas de saúde pública. Dessa forma, as políticas de aleitamento materno subsidiadas pela TC podem trazer resultados mais efetivos para o binômio mãe-filho e para manutenção da amamentação exclusiva, uma vez que o processo de assistência às mulheres e crianças em amamentação sendo pautado nas melhores evidências disponíveis pode contribuir para melhoria da qualidade do cuidado dos profissionais.

A amamentação não é instintiva nem automática, e, mesmo a amamentação sendo um processo fisiológico e natural da maternidade,

ainda há desafios que interferem no seu desenvolvimento e prejudicam sua eficácia. Ela passa a ser uma ação que está fundamentada na subjetividade e na vivência, sendo condicionada pelas relações estabelecidas com os membros da rede social. Nesse cenário, família e profissionais de saúde têm papel fundamental na abordagem e apoio desse processo (Rivas *et al.*, 2016; Moimaz *et al.*, 2017).

Fatores como orientações pré e pós-natais dentro de serviços de saúde de atenção primária e hospitalar podem interferir tanto na decisão da mãe de iniciar a amamentação quanto na sua manutenção e duração. A somatória de todas essas variantes e a forma como as mulheres passam por elas podem influenciar de forma favorável ou desfavorável na tomada de decisão da mãe em relação à prática da amamentação (Falsett; Santos; Vasconcellos, 2019).

Dessa forma, este artigo tem como objetivo mapear como a abordagem/modelo da TC está sendo aplicada na amamentação.

METODOLOGIA

Este trata-se de um estudo de síntese de evidências, do tipo revisão de escopo (*scoping review*), que propõe mapear as evidências disponíveis sobre o conhecimento científico existente sobre TC aplicado à amamentação. O método de *scoping review*, também conhecido como "revisão de mapeamento" (*mapping review*), é um tipo de síntese de evidência que identifica e mapeia de forma sistemática os estudos disponíveis na literatura sobre um determinado tema ou questão, permitindo identificar lacunas (Tricco *et al.*, 2016; Peters *et al.*, 2020).

A estrutura desta revisão consiste em seis principais etapas consecutivas: 1) identificação da questão e objetivo de pesquisa; 2) identificação de estudos relevantes; 3) seleção de estudo, conforme os critérios de elegibilidade; 4) sumarização dos resultados, por meio de uma análise temática qualitativa em relação ao objetivo e pergunta; 5) mapeamento de dados; 6) apresentação dos resultados, identificando as implicações para a prática.

A questão de pesquisa, o objetivo do estudo, os critérios de elegibilidade e os descritores foram definidos com base no mnemônico PCC

sugerido pelo JBI (Peters *et al.*, 2015; Peters *et al.*, 2020): P – Population, gestantes, lactantes, profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas; C – Concept, modelo de TC na prática clínica de amamentação, pontuando os processos e as práticas assistenciais, os desfechos clínicos e as experiências dos profissionais e dos usuários; C – Context, em qualquer contexto de saúde que promove e/ou apoia a amamentação. O estudo apresentou a seguinte questão norteadora: Como a abordagem/modelo da TC está sendo aplicada na amamentação?

Na sequência, após a elaboração da pergunta, foram identificados, em colaboração com um bibliotecário da Universidade Federal do Espírito Santo, os descritores DeCS/MeSH combinados em estratégia de pesquisa adaptada de acordo com as especificidades de cada base/repositório utilizados na revisão, mantendo as semelhanças de combinações, e empregou-se o recurso dos operadores booleanos AND e OR. Assim, foram utilIzados os descritores: Translational Science, Biomedical OR Knowledge Translation AND Breast Feeding OR Breastfeeding AND Evidence-Based Practice OR Evidence-Based Health Care; Translational Science, Biomedical OR Knowledge Translation AND Breast Feeding OR Breastfeeding; Evidence-Based Practice OR Evidence-Based Health Care AND Breast Feeding OR Breastfeeding.

Para a identificação dos estudos relevantes, foram consultados os bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), National Library of Medicine (PubMed), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL - Ebsco), EMBASE (Elsevier), SCOPUS (Elsevier), Ovid (Journals Full Text) e Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics), o repositório BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações e sites institucionais (WHO, OPAS, UNESCO e Ministério da Saúde). Essas bases de dados foram selecionadas por serem abrangentes, tendo ampla cobertura das publicações na área da saúde.

Por fim, como fonte adicional, foram buscados novos documentos a partir da lista de referências dos artigos e textos identificados, a partir das fontes selecionadas para leitura do texto completo. A captura dos documentos restringiu-se ao seguinte critério de inclusão: estudos disponíveis em textos completo (artigos científicos publicados em periódicos indexados na área da saúde, teses de doutorado, dissertações de mestrado, resumos completos publicados em anais de eventos ou revistas científicas)

com as mais variadas metodologias (estudos randomizados controlados, estudos de caso, quase-experimentais ou observacionais, revisões da literatura, relatórios, carta, editorial, entre outros considerados relevantes para as questões de revisão), em qualquer idioma, sem recorte temporal. Foram excluídos estudos não disponíveis e cujos pedidos de disponibilização ao(s) autor(es) não foram atendidos. A coleta dos estudos ocorreu nos mês de dezembro de 2023.

Todos os 615 estudos encontrados foram incorporados no *software* Rayyan, o qual permitiu cegar as pesquisadoras que, de maneira independente, realizaram a primeira seleção dos estudos, tornando possível a comparação entre as concordâncias e discordâncias, essas avaliadas por uma terceira pesquisadora. Na sequência, foi realizada a identificação e a exclusão dos 133 artigos duplicados, restando 482 estudos. Destes, após leitura dos títulos e resumos, 420 foram excluídos por não apresentarem elementos que atendessem ao objetivo desta revisão.

Ressalta-se aqui que, quando o estudo não era claro a partir do resumo, o artigo completo era recuperado para a sua leitura na íntegra, para verificar se ele abordava adequadamente a questão de pesquisa. Foram incorporados, à seleção de busca, 13 estudos identificados na busca da lista de referências. Os 75 artigos que permaneceram na seleção foram lidos na íntegra e, desses, 62 foram excluídos. As razões mais comuns para a exclusão dos estudos foi por não abordarem de forma substancial como a abordagem/modelo da TC era aplicada na amamentação.

Para organização, os artigos elegíveis e incluídos para análise foram exportados para o gestor de referências *EndNote Web*. Para a extração dos dados, foi desenvolvido um formulário a partir do *template* disponibilizado pelo JBI (Peters *et al.*, 2020). Tal ferramenta apresenta como campos de extração: dados de publicação (ano, autores e referências); objetivos de estudo; características metodológicas (características da população de estudo, abordagem, desenho); principais resultados (processos assistenciais, práticas assistenciais, desfechos a saúde da gestante e lactante, desfechos a saúde do lactente, experiências dos usuários e dos profissionais); e principais conclusões relacionadas à pergunta da revisão de escopo.

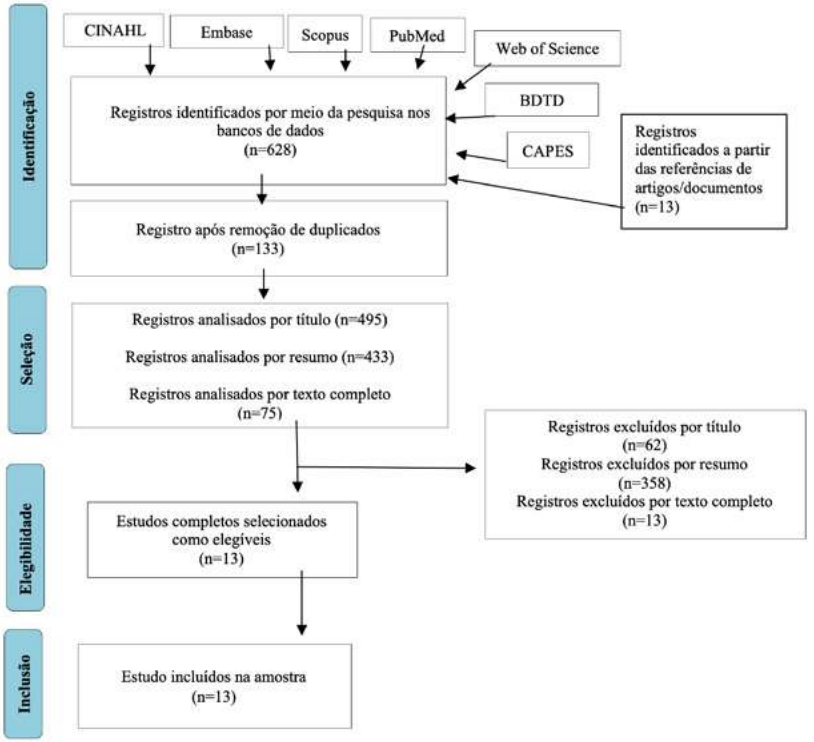
Os resultados extraídos foram apresentados em quadros e discutidos de forma narrativa com base em classificações de categorias conceituais.

As informações extraídas dos estudos foram sintetizadas, identificando os estudos e, conforme objetivo da revisão, mapeando como a abordagem/modelo da TC está sendo aplicada na amamentação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da análise dos 628 estudos identificados, 13 (2,1%) versavam sobre a temática e, corresponderam à amostra. A seleção dos estudos é apresentada no fluxograma da Figura 1.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos estudos



Fonte: Adaptado do modelo PRISMA-SR.

Com relação ao delineamento metodológico empregado nos registros incluídos, foram divididos em pesquisas metodológicas (n=06); estudo de intervenção e controlado, do tipo quase-experimental (n=01); estudo de coorte prospectivo (n=01) e não citam o desenho do estudo (n=05).

A partir dos resultados advindos dos estudos analisados, os modelos de TC aplicados foram: modelo de Pipeline (n=01); modelo conceitual PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) (n=01); modelo conceitual do Ciclo do Conhecimento à Ação (TC) (n=03); Knowledge to Action Framework (KTA) (n=01); modelo

Quadro 1: Estudos incluídos na revisão de escopo sobre quais são as características dos modelos de TC

Autores /ano	Título	Desenho do estudo	Modelo
Atchan, M; Davis, D; Foureur, M., 2014.	Applying a knowledge translation model to the uptake of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system.	Pesquisa metodológica.	Modelo de Pipeline.
Balaminut *et al.*, 2021.	Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards: impact on breastfeeding practices among preterm infants.	Estudo de intervenção, controlado, do tipo quase-experimental.	Modelo conceitual Prom Action on Research Implementation in Healt Services (PARIHS).
Ribeiro *et al.* , 2020	Criação e validação de conteúdo visual de tecnologia educativa para aprendizagem da fisiologia da lactação.	Pesquisa metodológica.	Modelo Conceitual da Tradução do Conhecimen à Ação (TC)

conceitual Tri-core (n=01); método de execução e implementação Plan--Do-Study-Act (PDSA) (n=01); The Model for Improvement (n=01); modelo Extended Parallel Process Model - EPPM (n=01); modelo Iowa (n=01); Getting Research into Practice (GRiP). (n=01); Joanna Briggs Institute Practical Application of Clinical Evidence System (JBI PACES) (n= 01).

O Quadro 1 apresenta os 13 estudos incluídos na amostra com informações sobre o desenho do estudo, o modelo de tradução de conhecimento utilizado, seus objetivos e resultados.

e implantação da ciências na promoção e apoio à amamentação.

	Objetivos	Resultados
	Identificar uma teoria e modelo para examinar onde e como ocorrem as barreiras na lacuna entre a evidência e a prática na adoção da IHAC na Austrália.	Modelo conceitual que utiliza a teoria da tradução do conhecimento e fornece uma estrutura de aplicação da tradução do conhecimento no sistema de saúde australiano e na prática da obstetrícia com relação à implementação e acreditação da IHAC. As recomendações decorrentes do modelo conceitual podem levar a níveis mais elevados de implementação dos 'Dez Passos' e acreditação IHAC.
oting h	Avaliar as práticas assistenciais do aleitamento materno em prematuros de dois hospitais Amigo da Criança do sudeste brasileiro, comparando o efeito da implementação das diretrizes da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais.	Esta intervenção usou métodos horizontais e participativos dos próprios atores para as mudanças, como o modelo conceitual PARIHS e a estratégia EPIC. Mostrou um caminho para aprimorar a amamentação, e a assistência integral aos prematuros e suas famílias durante a hospitalização.
to	Criar e validar o conteúdo visual de uma tecnologia educativa para aprendizagem da fisiologia da lactação.	A tecnologia educativa foi validada por profissionais especialistas em aleitamento materno (IVC > 0,84), e abrangeu técnicas de animação e vídeo sobre a fisiologia da educação.

Autores /ano	Título	Desenho do estudo	Modelo
Busch, WD; Logan, K; Wilkinson, A., 2014.	Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model.	Pesquisa metodológica	Modelo Tri-core.
Eganhouse *et al.*, 2016.	Becoming Baby-Friendly and Transforming Maternity Care in a Safety-Net Hospital on the Texas–Mexico Border	Pesquisa metodológica.	Modelo Plan-Do-S-tudy-Act (PDSA).
Dennison, AB; Fitzpatrick, E., 2011	On the Front Line: New York State Policies and Initiatives to Increase Breastfeeding.	Não cita.	The Model for Improvem
Cherubim, OD; Padoin, MMS; Paula, CC., 2019.	Tecnologia educativa musical para aprendizagem da fisiologia da lactação: tradução do conhecimento.	Pesquisa metodológica.	Modelo Ciclo do Conhecimento à Ação
Bowles, BC., 2011.	Promoting Breastfeeding Self-Efficacy. Fear Appeals in Breastfeeding Management.	Não cita.	Modelo de Processo Para Alargado (Extended Para Process Model – EPPM.

	Objetivos	Resultados
	Estabelecer um conjunto de recomendações e intervenções de cuidados primários baseados na evidência (EBP), com vista a aumentar as taxas de aleitamento materno e o melhor desempenho dos indicadores de saúde materno-infantil.	O modelo fornece um quadro conceitual que enfatiza os três princípios cruciais de promoção da amamentação e sustentabilidade para o binômio mãe-bebê: auto eficácia materna; apoio profissional; educação materna e profissional. Entendendo que uma educação multi-disciplinar tem o efeito mais profundo na melhora das taxas de aleitamento materno e dos resultados de saúde.
	Descreve como ocorreu o processo de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) num Hospital Universitário na fronteira do Texas com México.	As equipes médicas e de enfermagem envolvidas na assistência à mulher mudaram muitas práticas que mantinham as mulheres separadas de seus bebês e observaram melhoras importantes na adesão à amamentação e taxas de amamentação exclusiva no momento da alta hospitalar.
nent	Discutir modelos utilizados e desenvolvidos pelo estado de NY para promover e apoiar o aleitamento materno, tendo como base as políticas públicas, regulamentos e leis nacionais e internacionais.	Iniciou-se a construção de um sistema de âmbito estadual que apoia e monitora o aleitamento materno em diversos setores de saúde, para assegurar a promoção contínua, apoio e proteção do aleitamento materno.
	Criar e validar uma tecnologia educativa musical para a aprendizagem da fisiologia da lactação na formação profissional em saúde.	A tecnologia foi validada por diferentes profissionais de saúde especialistas, obtendo índice de validade de Conteúdo Global >0,94.
lelo llel	Discorre sobre a resposta que os indivíduos dão quando estão ameaçados ou com medo, e que muitas vezes as ferramentas de educação em saúde utilizam desses 'sentimentos' para provocarem uma reação/mudança de comportamento nas pessoas.	O artigo fala sobre como o Modelo de Processo Paralelo Alargado (Extended Parallel Process Model - EPPM) pode ser usado para aumentar a probabilidade da mensagem passada pelo consultor de amamentação ser atendida ao invés de rejeitada. O estudo apresenta um fluxograma de utilização do modelo que auxilia em como trabalhar com as evidências, como fazer com que as informações gerem uma mudança de comportamento no público-alvo

Autores /ano	Título	Desenho do estudo	Modelo
Haxton, D. *et al.*, 2012.	Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model.	Coorte prospectivo.	Modelo IOWA.
Huang *et al.*, 2020.	Promotion of early breast milk expression among mothers of preterm infants in the neonatal ICU in na obstetrics and gynaecology hospital: a best practic iimplementation project	Implementação.	Getting Research into Practice (GRiP).
Ruzafa-Martinez, M.; Harillo--Acevedo, D; Ramos-Morcillo, A.J., 2021	Monitoring of the Implementation of a Breastfeeding Guideline for 6 Years: A Mixed-Methods Study Using an Interrupted Time Series Approach.	Implementação.	Knowledge to Action Framework (KTA)
Widström *et al.*, 2019.	Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice.	Pesquisa metodológica.	Ciclo do conhecimento à a
Moffitt, P; Dickinson, R., 2016.	Creating exclusive breastfeeding knowledge translatio'n tools with First Nations mothers in North-west Territories, Canada.	Não cita.	Implementação

Fonte: Elaboração própria

	Objetivos	Resultados
	Descrever o passo a passo para implementação do contato pele a pele (prática baseada em evidência) utilizando o Modelo Iowa, descrevendo, também, os desafios e resultados.	Os consultores de lactação foram encarregados de monitorar os resultados trimestralmente. Dois trimestres desde que foi totalmente implementado o contato pele a pele a taxa de iniciação ao aleitamento materno aumentaram de 74% para 84%.
	Promover a extração precoce do leite materno entre as mães de bebês prematuros na UTIN de um hospital de obstetrícia e ginecologia em Xangai, na China, por meio de um projeto de implementação de boas práticas.	Foram utilizadas as ferramentas de auditoria e feedback do JBI Practical Application of Clinical Evidence System (PACES). Foram criadas uma equipe de e uma auditoria de linha de base para determinar a conformidade atual com as recomendações de práticas baseadas em evidências; identificado barreiras e estratégias foram implementadas usando a estrutura JBI GRIP; finalizado com uma auditoria de acompanhamento.
	Avaliar o impacto longitudinal da implementação de um programa de diretrizes de prática clínica promotora de saúde que promove o aleitamento materno, seus indicadores quantitativos e qualitativos associados e custos diretos.	A implementação do guia BF seguiu o quadro metodológico Knowledge to Action Framework (KTA), composto de seis fases: identificação do problema; adaptações ao contexto; avaliação dos facilitadores e barreiras; adaptação e implementação dessas intervenções; monitoramento e avaliação dos resultados; e sustentabilidade, que começa no terceiro ano de implementação em diante.
ação	Integrar conhecimentos clínicos na investigação sobre os comportamentos de bebê saudável, alerta e colocado em contato pele a pele com a mãe durante a primeira hora após o nascimento.	O trabalho foi organizado em torno de nove fases de desenvolvimento do recém-nascido durante o contato pele a pele nas primeiras horas após o nascimento.
	Determinar a taxa e os determinantes do aleitamento materno exclusivo em uma comunidade remota nos Territórios do Noroeste e criar ferramentas de tradução de conhecimento para potencializar o aleitamento materno localmente.	Procedeu-se ao desenvolvimento de uma foto livro informativo sobre aleitamento materno e um vídeo.

Os modelos identificados e mapeados nesta revisão de escopo foram sintetizados em duas grandes categorias, que os descrevem e caracterizam seu processo de implementação, sendo, respectivamente: modelos de tradução do conhecimento na prática clínica; e características dos modelos de tradução do conhecimento aplicados à amamentação.

De modo geral, os modelos mapeados compreendem uma série de etapas e estratégias que culminam no objetivo comum de implementar no campo da prática as evidências científicas mais efetivas e atuais. A maioria dos modelos pontuaram como etapa primordial para o sucesso da amamentação a formação dos profissionais envolvidos na assistência ao binômio mãe-filho; a orientação e educação multidisciplinar do público-alvo; a criação e utilização de ferramentas e tecnologias educativas; a identificação de barreiras e problemas; e a realização de pesquisa com a formação de equipes e auditorias.

MODELOS DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO NA PRÁTICA CLÍNICA

Por meio desta revisão de escopo, foram identificados 11 modelos de TCs utilizados para ancorar a aplicação do conhecimento na prática clínica da amamentação. Observa-se que, mesmo não utilizando o descritor "Implementation Science" na estratégia de busca, emergiram nos resultados, para além da metodologia de TCs, modelos de Implementation Science. A partir desses modelos, podemos obter uma compreensão abrangente de como a TC foi usada, identificando lacunas existentes, desenvolvendo os fundamentos teóricos sobre os quais a ciência da TC é construída e fornecendo recomendações para uso mais eficiente (Esmail *et al.*, 2020).

Muitos são os esforços para aproximar a produção científica do campo de prática que culminam em diferentes modelos que guiam esse processo (Vieira; Gastaldo; Harrison, 2020). O modelo conceitual do Ciclo do Conhecimento à Ação, relatado em muitos estudos nesta revisão, compreende processos que seguem desde a criação do conhecimento à sua adaptação e implementação no campo de prática (Cherubim; Padoin;

Paula, 2019; Ribeiro *et al.*, 2020; Widström *et al.*, 2019). Representado por um 'funil', a criação do conhecimento integra as etapas de averiguação do conhecimento existente (pesquisa), síntese do conhecimento e desenvolvimento de ferramentas e produtos do conhecimento, que, de forma horizontal, junto aos profissionais da assistência, identifica o problema, determina as lacunas entre o saber e fazer e identifica, revisa e seleciona o conhecimento (Ribeiro *et al.*, 2020). Esse 'funil' desemboca no ciclo de ação, em que a ferramenta ou produto do conhecimento é adaptado ao contexto local, identificando as barreiras para o uso do conhecimento, avaliando e monitorando seu impacto (Cherubim; Padoin; Paula, 2019).

Estudos desenvolvidos à luz desse modelo (Ciclo do Conhecimento à Ação) trazem benefícios para a área da saúde, implicando na qualidade de cuidados para o ensino e para a pesquisa e aproximando os participantes do estudo ao contexto científico, uma vez que ele é determinante para compreender como os processos podem traduzir um conhecimento para uma determinada realidade, desde a criação do conhecimento à sua adaptação e implementação no campo de prática (Vieira; Gastaldo; Harrison, 2020).

Avaliar o impacto longitudinal da implementação de um programa de diretrizes de prática clínica em aleitamento materno, seus indicadores quantitativos e qualitativos associados e custos diretos foi objeto de um estudo que utilizou o quadro metodológico Knowledge to Action Framework (KTA), composto de seis fases: identificação do problema; adaptações ao contexto; avaliação dos facilitadores e barreiras; adaptação e implementação dessas intervenções; monitoramento e avaliação dos resultados e sustentabilidade (Ruzafa-Martinez; Harillo-Acevedo; Ramos-Morcillo, 2021).

No mesmo sentido, o Knowledge to Action Framework (KTA) foi utilizado em outro estudo para examinar a implantação de uma diretriz de prática clínica de amamentação, com intuito de adaptar essa prática clínica a novos conhecimentos, reduzindo o custo das mudanças e melhorando a probabilidade de seu sucesso (Ramos-Morcillo; Harillo-Acevedo; Ruzafa-Martinez, 2020).

De forma sistemática, o modelo IOWA objetiva traçar as atividades a serem realizadas partindo da identificação do problema ou da necessidade de mudança. O modelo fomenta que uma equipe seja formada para realizar

pesquisa bibliográfica e análise crítica da necessidade de implementar uma intervenção e/ou mudança. Havendo necessidade, o processo de implementação é realizado em um estudo piloto, e, só após sua reavaliação crítica, é implementada a mudança, realizando a formação de toda a equipe e monitorando os resultados (Haxton *et al.*, 2012).

De fato, esse modelo é útil para conduzir pesquisas para apoiar as decisões da prática dos enfermeiros hospitalares, por conseguinte as organizações de saúde deveriam ter o papel de apoiar essa atuação com a finalidade de identificar problemas práticos, formular questões de pesquisa, identificar termos para a busca de evidências, analisar criticamente e realizar a síntese dessas evidências, identificando se são suficientes e apropriadas para que seja favorável à implementação da prática baseada em evidência. Em seu detalhamento, o modelo de Iowa recomenda que o clima de investigação deveria ser encorajado pela disponibilização de consultorias especializadas para a realização de novas pesquisas, assim como a participação em grupos de estudos e/ou comissões para atividades de desenvolvimento de pesquisas (Camargo *et al.*, 2018).

O modelo *Pipeline,* por meio de um método simples e estruturado, tem o objetivo de revisar sistematicamente as barreiras do uso de evidências recorrendo à análise de etapas cognitivas e comportamentais, num movimento de TC que vai da conscientização para ação em cinco etapas: consciência (educação/formação dos profissionais envolvidos), aceitação, aplicabilidade (análise das possibilidades, custos), habilidade (profissionais, recursos e estrutura) e ação (Atchan; Davis; Foureur, 2014).

O modelo *Pipeline* também orienta estratégias para facilitar a transferência do conhecimento e práticas de apoio ao sistema de saúde. Brodribb (2011) descreve que as cinco etapas são aplicadas aos profissionais antes que a orientação seja oferecida ao paciente e que, de modo subsequente, os pacientes participam do processo de implementação ao acordar e aderir às mudanças propostas, momento do pesquisador avaliar a evidência antes de ser posta em prática. O autor ainda considera que essa é uma prática para examinar o processo de implementação de evidências comprovadamente útil para prevenir e controlar as dificuldades da amamentação.

Existem modelos que combinam práticas e fundamentos para gerar mudança, seguindo um conceito mais analítico reflexivo. O *The Model for Improvement* (Dennison; Fitzpatrick, 2011) segue alguns princípios

fundamentais, dispostos de forma linear. Uma sequência que leva a refletir sobre 'O quê? Como? O que fazer?', com as respostas culminando num método mais sistemático de execução, o modelo *Plan-do-Study-Act* (PDSA). O PDSA propõe melhoria do desempenho, representado por um círculo de quatro fases – planejar, fazer, estudar e agir –, tendo como premissa básica a identificação do problema para, a partir daí, traçar estratégias de mudanças (Eganhouse *et al.*, 2016).

O modelo Plan-do-Study-Act (PDSA) foi selecionado por gestores no Texas-México como método para introduzir as práticas da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) em serviços de maternidade e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Eganhouse *et al.*, 2016).

O PDSA também foi mencionado em outras duas pesquisas na área da saúde. Uma delas fazendo uso de um ciclo composto por planejamento, implementação, análise e avaliação, a fim de implementar um plano de qualidade para melhoria da triagem obstétrica e facilitar a tomada de decisões oportunas de acordo com as necessidades individualizadas de pacientes grávidas (Naz *et al.*, 2022). A outra fazendo uso de um processo de melhoria da qualidade das melhores práticas para identificar e eliminar barreiras à integração de triagem, intervenção breve e encaminhamento para tratamento (SBIRT) em um centro de saúde ao abordar as preocupações de saúde mental e abuso de substâncias dos pacientes (Moser *et al.*, 2020). Considerando os resultados significativos na triagem de saúde na atenção primária, secundária e terciária alcançados nos estudos, é essencial garantir que essas intervenções de melhoria perpassem os serviços de saúde oferecidos.

Com o objetivo de estabelecer um conjunto de recomendações e intervenções de cuidados primários baseados em evidências, o Modelo Conceitual *Tri-core* propõe estratégias para fomentar e apoiar o aleitamento materno após o parto. Para isso, o modelo fornece um quadro conceitual que enfatiza três princípios fundamentais – autoeficácia materna, apoio profissional e educação materna e profissional –, com estratégias que podem ser realizadas visando contemplar os objetivos propostos pelo quadro (Busch; Logan; Wilkinson, 2014). O modelo ainda destaca a importância da educação e atuação multiprofissional na promoção e apoio ao aleitamento materno.

No mesmo sentido, o modelo conceitual Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS) traça estratégias

baseadas no *Evidence-Based Practice Identification & Change* (EPIC), que responsabiliza todos os profissionais de saúde envolvidos no processo de implementação e mudança na prática, levando, também, à participação ativa da mãe/família junto à equipe multiprofissional. Seu processo inclui a capacitação e sensibilização dos profissionais de saúde; formação voluntária do Conselho de Pesquisa e Prática constituído por uma equipe multiprofissional; e organização dos dados para discussões e consensos sobre as mudanças necessárias (Balaminut *et al.*, 2021). O quadro conceitual PARIHS *framework* é muito utilizado no contexto da enfermagem e foi desenvolvido por uma série de pesquisadores para analisar diretrizes, protocolos e práticas clínicas baseadas em evidências. Essa abordagem pode contribuir para uma cultura de governança clínica e de qualidade nas unidades que a utilizem, sendo necessária para preencher a lacuna existente entre a pesquisa e a prática, concebendo a TC e a implementação da evidência em saúde e enfermagem como uma etapa importante da investigação (Bandeira *et al.*, 2017).

O uso da estrutura de Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services (i-PARIHS) ofereceu novos *insights* para a introdução de Medidas de Resultados Relatados pelo Paciente (PROMs) em um departamento ambulatorial de oncologia médica em um estudo sobre como os domínios de Facilitação, Inovação, Destinatários e Contexto foram úteis ao identificar barreiras e facilitadores para que estratégias sob medida pudessem ser desenvolvidas e postas em prática. De fato, após a implementação, o conhecimento percebido e a compreensão dos PROMs na prática clínica aumentaram (Roberts *et al.*, 2021).

Para aplicação do i-PARIHS, pode-se utilizar guias de entrevista e avaliação de contexto, planos de facilitação ou implementação e planos de análise e avaliação de dados (Hunter; Kim; Kitson, 2023). Os elementos no i-PARIHS compreendem evidência, contexto e facilitação (Helfrich *et al.*, 2010). O i-PARIHS foi amplamente utilizado e operacionalizado para avaliar as evidências e o contexto antes da implementação e, em seguida, usou-se essas descobertas para facilitar a implementação.

Corroborando com Helfrich e outros (2010), um estudo considerando os elementos de evidência, contexto e facilitação traz em seus resultados que a estrutura do i-PARIHS tem sido aplicada como uma lente para avaliação e que seus componentes, quando bem compreendidos

e experimentados pelos profissionais de saúde na prática diária, têm contribuído de maneira positiva para as melhorias de qualidade utilizando a intervenção Expanded Quality Management Using Information Power (EQUIP).

Em muitos modelos identificados nesta revisão, o processo de auditoria para avaliação inicial das necessidades e para avaliação dos resultados e acompanhamento foi considerado em suas etapas. No entanto, somente os modelos Joanna Briggs Institute Practical Application of Clinical Evidence System (JBI PACES) e Getting Research into Practice (GriP) tratam exclusivamente de uma ferramenta de auditoria. Ambas as ferramentas são estruturadas em três fases de atividade: estabelecer uma equipe de auditoria com bases nos critérios das diretrizes; refletir sobre os resultados e traçar estratégias para corrigir as não conformidades; e realizar auditoria de acompanhamento para avaliar os resultados (Huang *et al.*, 2020).

Outro estudo utilizou a ferramenta de auditoria e *feedback* do JBI PACES e GriP para melhorar a conformidade com as diretrizes internacionais baseadas em evidências. Por meio desse quadro metodológico, o projeto de implementação de evidências estabeleceu uma equipe para realização de auditoria de linha de base, suscitando em reflexão sobre os resultados da auditoria, implementação de estratégias para lidar com a não conformidade e uma auditoria de acompanhamento (Goodchild *et al.*, 2017).

Para além da preocupação de transmitir o conhecimento, o modelo Extended Parallel Process Model (EPPM) é usado para aumentar a probabilidade da mensagem que é passada pelo consultor/assistente de amamentação ser atendida ao invés de rejeitada e, de fato, gerar uma mudança de comportamento. Esse modelo, de forma bastante contrastante, utiliza o conceito de resposta gerada pelos indivíduos quando os mesmos se encontram ameaçados ou com medo. O EPPM considera que uma ameaça para a saúde, se endossada por estratégias para aumentar a eficácia da resposta e autoeficácia, pode levar a uma mudança de comportamento. As estratégias seriam: identificar barreiras e fornecer estratégias para ultrapassá-las; identificar e maximizar os pontos fortes e fontes de apoio; e envolver o sucesso e resistir às dificuldades (Bowles, 2011).

CARACTERÍSTICAS DOS MODELOS DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO APLICADOS À AMAMENTAÇÃO

Nos 13 estudos identificados nesta revisão, todos os modelos descritos tinham como objetivo estruturar o processo de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e/ou monitorar seus resultados. Três áreas foram o foco dos esforços de implementação das práticas de amamentação: formação em políticas para os administradores hospitalares; formação de toda a equipe hospitalar; e colaboração de aprendizagem para melhoria da qualidade do hospital (Dennison; Fitzpatrick, 2011).

Os estudos também destacam que, para dar início a esse processo de formação, é importante identificar os problemas e as necessidades de mudança, assim como realizar pesquisas de diretrizes; revisões sistemáticas e meta-análises; e estudos de intervenção e clínicos sobre a questão. De tal forma que, as estratégias traçadas e a formação dos profissionais façam-se mais assertivas (Haxton *et al.*, 2012).

Identificou-se que os estudos, atendendo às etapas de cada modelo proposto, priorizam as intervenções educativas com profissionais e público-alvo para apoio e promoção da amamentação, incluindo nessas atividades os familiares e, principalmente, o parceiro da mulher. E destacam, nesse processo, a importância de manter a comunicação da mãe com redes de grupos comunitários de apoio a amamentação (Busch; Logan; Wilkinson, 2014).

Muitos modelos orientam que ocorra a seleção de um líder/supervisor/coordenador responsável por fomentar a adesão dos profissionais e fiscalizar e acompanhar o processo de mudança, chamado de "agente de mudança" (Atchan; Davis; Foureur, 2014). Realizar a formação de comissões e equipes também foram estratégias adotadas em diferentes modelos, com o objetivo de identificar na prática os passos a serem trabalhados e as mudanças necessárias e traçar metas factíveis e mensuráveis, por meio de indicadores (Balaminut *et al.*, 2021). Os princípios e critérios estabelecidos pela política de implementação da IHAC (UNICEF, 2008; Brasil, 2017) e os "Dez passos para o sucesso do aleitamento materno" eram constantemente revisitados pelas equipes e comissões responsáveis pela implementação e execução dos modelos,

para que todo o processo e as metas estabelecidas permanecessem alinhados (Eganhouse *et al.*, 2016).

Para auxiliar nesse processo de formação profissional e assistência ao público-alvo, muitos estudos utilizaram tecnologias e ferramentas educativas, tais como ilustrações em DVD e PowerPoint; guia de bolso; guia de amamentação; cartões e cartazes; folhetos; pacote de informações, incluindo panfletos; materiais audiovisuais, como música acompanhada de vídeos ilustrativos (Busch; Logan; Wilkinson, 2014; Cherubim; Padoin; Paula, 2019; Eganhouse *et al.*, 2016; Haxton *et al.*, 2012; Ribeiro *et al.*, 2020).

Essas ferramentas e tecnologias se materializam após um longo processo de busca de evidências científicas e TC para o público-alvo, visando estabelecer uma comunicação efetiva. Uma de suas etapas é a adequação da linguagem e aparência para o público-alvo, como realizado pelo estudo de Moffit e Dickinson (2016), que desenvolveu um fotolivro e um vídeo informativo sobre amamentação para uma comunidade de mães das primeiras nações do Noroeste do Canadá. Em seu processo, os pesquisadores criaram as tecnologias e o comitê composto por enfermeira e pessoas locais da comunidade revisaram os recursos para garantir a adequação cultural.

Por vezes, o processo de validação e adequação da tecnologia ocorre por equipes de multiprofissionais da saúde envolvidos na assistência à amamentação, como nos estudos realizados por Cherubim, Padoin e Paula (2019) e Ribeiro e outros (2020), que desenvolveram, respectivamente, um vídeo ilustrativo e animado e uma tecnologia musical com a finalidade de instruir em relação a fisiologia da lactação, tendo suas tecnologias validadas por enfermeiros, médicos, nutricionistas, fonoaudiólogos e fisioterapeutas com experiência na assistência, ensino ou pesquisa em amamentação.

O uso de tecnologias na área da saúde, entendidas como conhecimento técnico, científico, procedimentos, processos, produtos, materiais e sistemas organizacionais, educacionais, de informação e de suporte, pode ser incorporado no ambiente de aprendizagem clínica, como forma de dinamizar o processo de ensino-aprendizagem, ou no ambiente assistencial e de gestão, com a finalidade de otimizar o acesso à informação e auxiliar às tomadas de decisões relativas ao cuidado do paciente (Oliveira; Souza, 2020).

De forma geral, os modelos estruturam processos com métodos e etapas horizontais e participativos, envolvendo todos os atores da mudança. E se mostraram como um caminho para aprimorar não só a amamentação, mas a assistência integral dada a mulher-criança e seus familiares (Balaminut *et al.*, 2021), reduzindo a variação dos resultados de adesão à amamentação nos hospitais, principalmente devido às disparidades por etnia, nível de educação e rendimento da população (Dennison; Fitzpatrick, 2011).

LIMITAÇÕES DA REVISÃO

Este estudo apresenta como limitação não ter incorporado uma avaliação de qualidade dos estudos para sua inclusão, uma vez que as revisões de escopo geralmente não incluem avaliações críticas das metodologias empregadas nos estudos, como acontece com as revisões sistemáticas.

Outra limitação é que, embora se tenha tentado desenvolver uma estratégia de busca abrangente, é possível que alguns estudos relevantes tenham sido perdidos, uma vez que o descritor Implementation Science não foi considerado na busca desta revisão, apesar de ser aceito por muitos estudiosos como sinônimo de TC. Assim, somente artigos que abordam especificamente TC foram selecionados nesta revisão de escopo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo possibilitou mapear o conceito de TC em seus variados modelos e reduzir a lacuna entre a pesquisa e a prática ao fornecer as aplicações mais atuais desses modelos. Apesar desse conceito ser relativamente novo e ainda pouco explorado, foi utilizada uma parcela considerável de modelos de TC na prática clínica aplicada à amamentação, sendo o mais utilizado o Ciclo do Conhecimento à Ação - Knowledge to Action Framework (KTA).

Este estudo informa aspectos gerais dos desenhos metodológicos a serem utilizados e revela os principais resultados quando aplicados à amamentação, com destaque para o processo de implementação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e/ou o monitoramento de seus resultados.

Por fim, salienta-se que a TC é direcionada a ancorar a aplicação do conhecimento na prática clínica, por meio de avaliar as evidências e o contexto antes da implementação, examinar a implantação de uma diretriz com intuito de adaptá-la a novos contextos e implantar a diretriz no campo da prática.

REFERÊNCIAS

ATCHAN, Marjorie; DAVIS, Deborah; FOUREUR, Maralyn. Applying a knowledge translation model to the uptake of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system. **Women and Birth**, v. 27, n. 2, p. 79-85, jun. 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.03.001.

BALAMINUT, Talita; SEMENIC, Sonia; HAIEK, Laura N.; ROSSETTO, Edilaine Giovanini; LEITE, Adriana Moraes; FONSECA, Luciana Mara Monti; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards: impact on breastfeeding practices among preterm infants. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. suppl 4, p. e20200909, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0909.

BANDEIRA, Andrea Gonçalves; WITT, Regina Rigatto; LAPÃO, Luis Velez; MADRUGA, Juliana Gorziza. A utilização de um referencial metodológico na implementação de evidências como parte da investigação em enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, 11 dez. 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072017002550017.

BOWLES, Betty Carlson. Promoting breastfeeding self-efficacy: Fear appeals in breastfeeding management. **Clinical Lactation**, v. 2, n. 1, p. 11-14, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno**. Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

BRODRIBB, Wendy. Barriers to translating evidence-based breastfeeding information into practice: Evidence-based breastfeeding practice. **Acta Paediatrica**, v. 100, n. 4, p. 486-490, abr. 2011. DOI: https://doi org/10.1111/j.1651-2227.2010.02108.x.

BUSCH, Deborah W.; LOGAN, Kathleen; WILKINSON, Ashley. Clinical Practice Breastfeeding Recommendations for Primary Care: Applying a Tri-Core Breastfeeding Conceptual Model. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 28, n. 6, p. 486-496, nov. 2014. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.02.007.

CAMARGO, Fernanda Carolina; IWAMOTO, Helena Hemiko; GALVÃO, Cristina Maria; MONTEIRO, Damiana Aparecida Trindade; GOULART, Mayla Borges; GARCIA, Luan Augusto Alves. Modelos para a implementação da prática baseada em evidências na enfermagem hospitalar: revisão narrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 26, n. 4, jan. 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072017002070017CIHR.

CIHR - Canadian Institutes Of Health Research. **Knowledge Translation Strategy 2004-2009: Innovation in Action**. Ottawa: CIHR, 2004. Disponível em: http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/26574.html. Acesso em: 20 abr 2018.

CHERUBIM, Daiani Oliveira; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de. Musical educational technology for lactation physiology learning: knowledge translation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, suppl 3, p. 220-226, dez. 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0528.

DENNISON, Barbara A.; FITZPATRICK, Eileen. On the Front Line: New York State Policies and Initiatives to Increase Breastfeeding. **Breastfeeding Medicine**, v. 6, n. 5, p. 271–276, out. 2011. DOI: https://doi.org/10.1089/bfm.2011.0071.

EGANHOUSE, Deborah J.; GUTIERREZ, Leticia; CUELLAR, Lorena; VELASQUEZ, Cecilia. Becoming Baby-Friendly and Transforming Maternity Care in a Safety-Net Hospital on the Texas – Mexico Border. **Nursing for Women's Health**, v. 20, n. 4, p. 378-390, ago. 2016. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nwh.2016.07.005.

ESMAIL, Rosmin; HANSON, Heather M; HOLROYD-LEDUC, Jayna; BROWN, Sage; STRIFLER, Lisa; STRAUS, Sharon E; NIVEN, Daniel J.; CLEMENT, Fiona M. A scoping review of full-spectrum knowledge translation theories, models, and frameworks. **Implementation Science**, v. 15, n. 1, p. 11, dez. 2020. DOI: https://doi.org/10.1186/s13012-020-0964-5.

FALSETT, C. F.; SANTOS, I. M. M.; VASCONCELLOS, A. M. Interfering Factors of the Breastfeeding Process in Children Bearing Various Health Needs: Contributions to Nursing. **Rev. Fund. Care Online,** v. 11, n. 5, p. 1278-1285, Oct/Dec. 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1278-1285.

GOODCHILD, L.; HUSSEY, L.; MCPHEE, A.; LIZARONDO, L.; GILLIS, J.; COLLINS, C. Promoting early expression of breast milk in mothers of preterm infants in a Neonatal Unit: A best practice implementation project. **Women and Birth**, v. 30, p. 7, out. 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.08.021.

HAXTON, Dawn; DOERING, Jennifer; GINGRAS, Linda; KELLY, Lucy. Implementing Skin-To-Skin Contact at Birth Using the Iowa Model: Applying Evidence to Practice. **Nursing for Women's Health**, v. 16, n. 3, p. 220-230, jun. 2012. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2012.01733.x.

HELFRICH, Christian D; DAMSCHRODER, Laura J; HAGEDORN, Hildi J; DAGGETT, Ginger S; SAHAY, Anju; RITCHIE, Mona; DAMUSH, Teresa; GUIHAN, Marylou; ULLRICH, Philip M; STETLER, Cheryl B. A critical synthesis of literature on the promoting action on research implementation in health services (PARIHS) framework. **Implementation Science**, v. 5, n. 1, p. 82, dez. 2010. DOI: https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-82.

HUANG, Xiaoyan; ZHANG, Junping; ZHOU, Feifei; YANG, Yun; LIZARONDO, Lucylynn; MCARTHUR, Alexa. Promotion of early breast milk expression among mothers of preterm infants in the neonatal ICU in an obstetrics and gynaecology hospital: a best practice implementation project. **JBI Evidence Implementation**, v. 18, n. 3, p. 278-287, Sep. 2020. DOI: https://journals.lww.com/10.1097/XEB.0000000000000223.

HUNTER, S. C.; KIM, Bo; KITSON, Alison L. Mobilising Implementation of i-PARIHS (Mi-PARIHS): development of a facilitation planning tool to accompany the Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework. **Implementation Science Communications**, v. 4, n. 1, p. 2, jan. 2023. DOI: https://doi.org/10.1186/s43058-022-00379-y.

MOFFITT, Pertice; DICKINSON, Raissa. Creating exclusive breastfeeding knowledge translation tools with First Nations mothers in Northwest Territories, Canada. **International Journal of Circumpolar Health**, v. 75, n. 1, p. 32989, jan. 2016. DOI: https://doi.org/10.3402/ijch.v75.32989.

MOIMAZ, S. A. S.; ROCHA, N. B.; GARBIN C. A. S.; ROVIDA, T.A.; SALIBA N. A. Fatores que afetam a intenção de amamentar de um grupo de mulheres grávidas brasileiras. N**ascimento de Mulheres.** v. 30, n. 2, p. e119-e124, 2017. DOI: https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.10.004.

MOSER, Tami; EDWARDS, Jorie; PRYOR, Frannie; MANSON, Lesley; O'HARE, Caroline. Workflow Improvement and the Use of PDSA Cycles: An Exploration Using Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) Integration. **Quality Management in Health Care**, v. 29, n. 2, p. 100-108, abr. 2020. DOI: https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000245.

NAZ, Sumaira; SALEEM, Shamila; SHAMSUL ISLAM, Zaheena; BHAMANI, Shelina; SHEIKH, Lumaan. Obstetric triage improvement process using the Donabedian model of quality care: a quality improvement initiative. **BMJ Open Quality**, v. 11, n. 2, p. e001483, maio 2022. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjoq-2021-001483.

OLIVEIRA, Katyeudo Karlos de Sousa; SOUZA, Ricardo André Cavalcante. Habilitadores da transformação digital em direção à Educação 4.0. **Revista Novas Tecnologias na Educação CINTED-UFRGS,** v. 18, n. 1, jul. 2020. Disponível em: https://www.seer.ufrgs.br/renote/article/viewFile/106012/57855. Acesso em: 22 maio 2024.

PETERS, Micah D. J; GODFREY, Christina; MCINERNEY, Patricia; MUNN, Zachary; TRICCO, Andrea C; KHALIL, Hanan. Chapter 11: Scoping Reviews. In: **JBI Manual for Evidence Synthesis.** Adelaide/Austrália, JBI. 2020. DOI: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12

PETERS, Micah D. J; GODFREY, Christina; M., KHALIL, Hanan; MCINERNEY, Patricia; PARKER, Deborah; SOARES, Cassia Baldini. Guidance for Conducting Systematic Scoping Reviews. **International Journal of Evidence-Based Healthcare**, v. 13, n. 3, p. 141-146, 2015. DOI: https://doi.org/10.1097/xeb.0000000000000050.

RAMOS-MORCILLO, Antonio Jesús; HARILLO-ACEVEDO, David; RUZAFA-MARTINEZ, Maria. Using the Knowledge-to-Action Framework to understand experiences of breastfeeding guideline implementation: A qualitative study. **Journal of Nursing Management**, v. 28, n. 7, p. 1670-1685, out. 2020. DOI: https://doi.org/10.1111/jonm.13123.

RIBEIRO, Polyana de Lima; CHERUBIM, Daiani Oliveira; PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de. Creation and validation of a visual educational technology content for lactation physiology learning. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 6, p. e20190564, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0564.

RIVAS, Francisco Javier Pérez; MARTÍNS-IGLESIAS, Susana; DEL CERRO, José Luis Pacheco; ARENAS, Cristina Minguet; LÓPEZ, Montserrat García; LAGOS, Milagros Beamud. Effectiveness of Nursing Process Use in Primary Care. **International Journal of Nursing Knowledge,** v. 27, n. 1, jan. 2016. DOI: https://doi.org/10.1111/2047-3095.12073.

ROBERTS, Natasha A.; JANDA, Monika; STOVER, Angela M.; ALEXANDER, Kimberly E.; WYLD, David; MUDGE, Alison; THE ISOQOL PROMS/PREMS In Clinical Practice Implementation Science Work Group. The utility of the implementation science framework "Integrated Promoting Action on Research Implementation in Health Services" (i-PARIHS) and the facilitator role for introducing patient-reported outcome measures (PROMs) in a medical oncology outpatient department. **Quality of Life Research**, v. 30, n. 11, p. 3063-3071, nov. 2021. DOI: https://doi.org/10.1007/s11136-020-02669-1.

RUZAFA-MARTINEZ, Maria; HARILLO-ACEVEDO, David; RAMOS-MORCILLO, Antonio Jesús. Monitoring of the Implementation of a Breastfeeding Guideline for 6 Years: A Mixed-Methods Study Using an Interrupted Time Series Approach. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 53, n. 3, p. 358-368, maio 2021. DOI: https://doi.org/10.1111/jnu.12636.

TRICCO, Andrea C; LILLIE, Erin; ZARIN, Wasifa; O'BRIEN, Kelly; COLQUHOUN, Heather; KASTNER, Monica; LEVAC, Danielle; NG, Carmen; SHARPE, Jane Pearson; WILSON, Katherine; KENNY, Meghan; WARREN, Rachel; WILSON, Charlotte; STELFOX, Henry T; STRAUS, Sharon E. A scoping review on the co**nduct and reporting of scoping reviews. BMC Medical Research Methodology**, v. 16, n. 1, 2016. DOI: https://doi.org/10.1186/s12874-016-0116-4.

VIEIRA, Ana Cláudia Garcia; GASTALDO, Denise; HARRISON, Denise. How to translate scientific knowledge into practice? Concepts, models and application. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 5, p. e20190179, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0179.

WIDSTRÖM, Ann-Marie; BRIMDYR, Kajsa; SVENSSON, Kristin; CADWELL, Karin; NISSEN, Eva. Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. **Acta Paediatrica**, v. 108, n. 7, p. 1192-1204, jul. 2019. DOI: https://doi.org/10.1111/apa.14754.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança:** revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado. Módulo 1: histórico e implementação Brasília : Ministério da Saúde, 2008. 78 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

WHO. World Health Organization. **Bridgingthe "Know-Do" gap: reporton meeting on knowledge translation in global health**. Geneva: WHO; 2006. Disponível em: https://www.measureevaluation.org/resources/training/capacity-building-resources/high-impact-research-training-curricula/bridging-the-know-do-gap.pdf. Acesso em: 1 jan. 2023.

7

DAYANA PEREIRA JUSTINIANO
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
ELIZANGELA SANT'ANNA DA SILVA
THAIS DA ROCHA CICERO PINTO
ROSEANE VARGAS ROHR
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

DESENHO ANIMADO SOBRE CUIDADOS COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO: PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES

INTRODUÇÃO

Como membro da equipe de saúde, uma das atribuições do enfermeiro no processo de cuidar é a educação em saúde, a fim de promover a autonomia do indivíduo e seu autocuidado (Farias; Nery; Santana, 2019). E como educador em saúde, o enfermeiro deve utilizar materiais que, com criatividade, favoreçam o processo de ensino-aprendizagem (Nazario *et al.*, 2021).

Desse modo, o profissional pode buscar tecnologias educacionais que lhe ofereçam suporte para intervir junto a pessoas, grupos e comunidade. Esse meio de informação tem como objetivo facilitar a comunicação e o entendimento dos participantes, além de proporcionar a melhora do cuidado e do atendimento do indivíduo e da família. Entre outras finalidades, as tecnologias podem contribuir na compreensão sobre determinados eventos e mais rapidamente promover mudanças no comportamento das pessoas (Salvador *et al.*, 2017).

A utilização dos recursos educacionais como ferramentas podem favorecer a comunicação entre a família e os profissionais de saúde (Holm *et al.*, 2019). Um exemplo disso é a utilização de cartilhas para fortalecer a orientação aos familiares, podendo contribuir favoravelmente no processo de comunicação, aumentar a adesão ao tratamento e o poder de decisão. Para facilitar a compreensão, procura-se utilizar de linguagem clara e objetiva, com uso da voz ativa, definições simples e, quando necessário, analogias familiares ao público, bem como parágrafos curtos e estruturados em tópicos (Santiago; Moreira, 2019).

Outra estratégia inovadora é o vídeo, que auxilia na dinamização do cuidado e na melhora da ansiedade, do medo e da satisfação do paciente

(Guimarães *et al.*, 2022). Trata-se de uma ferramenta versátil que pode ser utilizada pelo enfermeiro, otimizando sua assistência em diferentes níveis de atenção à saúde. No cuidado em neonatologia, por exemplo, o vídeo educativo pode ser utilizado para favorecer o conhecimento e as habilidades dos pais e familiares para os cuidados com o recém-nascido, promovendo a disseminação de práticas seguras e o empoderamento da família (Sousa *et al.*, 2022).

A chegada de um recém-nascido provoca modificações na rotina dos pais e familiares, exigindo uma adaptação para atender as novas habilidades e responsabilidades necessárias (Sousa *et al.*, 2022; Nascimento *et al.*, 2020). Na ocorrência do nascimento prematuro, soma-se, a essas mudanças, a vulnerabilidade emocional. Dessa forma, a receptividade e a orientação da equipe são importantes para que a família se sinta acolhida e capaz de participar dos cuidados com o recém-nascido (Nascimento *et al.*, 2020).

Frente a essas questões, esta pesquisa teve como objetivo avaliar a percepção de familiares acerca de três desenhos animados sobre cuidados com o recém-nascido prematuro.

METODOLOGIA

Esta trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa do tipo Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), método que possui como característica a articulação intencional da pesquisa com a prática, contribuindo para a aproximação entre as concepções teóricas e a prática assistencial (Trentini *et al.*, 2021; Teixeira *et al.*, 2022).

Voltada à transformação das práticas assistenciais e desenvolvimento da atitude crítica, na PCA, o pesquisador também assume o papel de participante, interagindo com os demais integrantes, compartilhando informações e incentivando reflexões (Claus *et al.*, 2021). Assim, a PCA considera a existência de diferentes realidades e que é realizada a construção do conhecimento e transformações desejadas por meio de uma ampla e democrática interação social entre pesquisador e integrantes do contexto, (Trentini et al., 2021).

Atendendo aos preceitos dos processos de pesquisa científica, a PCA propõe as seguintes fases: Concepção; Instrumentação; Perscrutação; Análise; Síntese e Teorização (Trentini *et al.*, 2021). A seguir seguem as fases da PCA que foram realizadas neste estudo.

Fase da concepção

A pesquisadora principal, ao iniciar a prática assistencial em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital público de referência para gestação de alto risco do município de Vitória/ES, percebeu que o processo de trabalho dos enfermeiros proporcionava poucos momentos para a escuta da família e construção do conhecimento mútuo. A educação em saúde realizada nesse espaço era centrada nos cuidados intensivos feitos com o recém-nascido prematuro, com pouco espaço para compreender a realidade dos sujeitos.

Essa situação estava na contramão das abordagens de educação em saúde desenvolvidas na formação de residente multidisciplinar e interdisciplinar da pesquisadora, que, desde o início de sua residência multiprofissional, atuou, em conjunto com outros profissionais, em oficinas e atividades de educação em saúde buscando seguir os pressupostos de Paulo Freire, dando voz aos sujeitos e utilizando o diálogo como instrumento para apreensão da realidade dos envolvidos e construção do conhecimento (Freire, 2014).

Por isso, nesta pesquisa, para a realização das atividades de educação em saúde com os pais e familiares de recém-nascidos prematuros, adotou-se como referencial de apoio os pressupostos de Paulo Freire. Foram utilizados três desenhos animados para disparar o diálogo entre a profissional/pesquisadora e o familiar do recém-nascido prematuro. O Quadro 1 apresenta o tema, o conteúdo e o tempos desses desenhos animados (Pinto, 2016).

Quadro 1: Tema, conteúdo e tempo dos desenhos animados sobre cuidados o recém-nascido prematuro

Tema	Conteúdo	Tempo
Nina em: chegando em casa	Manter o ambiente seguro em domicílio; Explicação sobre o conceito de prematuro; Importância da higienização das mãos antes de pegar o recém-nascido no colo; Não se aproximar dele caso esteja com alguma doença infectocontagiosa; Controlar o número de visitas ao mesmo tempo; Necessidade de se manter o ambiente limpo, arejado, e sem umidade; Necessidade de se lavar as cortinas com frequência; Não deixar bichos de pelúcia próximo ao recém-nascido; Evitar ruídos e luminosidade intensos; Não fumar próximo ao neonato;	1min34s
Nina em: noite de sono	Posição adequada para dormir: em decúbito dorsal; Não colocar o recém-nascido para dormir na cama junto com outras pessoas; Reconhecimento da comunicação não verbal dos recém-nascidos pelos familiares, como estarem atentos aos diferentes tipos de choro, que pode ser devido o recém-nascido estar sujo, incomodado com a posição no berço, com dor, calor ou com frio, com a roupa apertada, com fome ou com nariz obstruído; Informa que no caso de dor, o choro é mais forte, intenso e prolongado e pode ser manifestado por mudanças corporais e alteração da face.	1min39s
Nina em: passeando com o Papai	Necessidade de lazer em ambientes bem ventilados; Explicação sobre o prosseguimento das consultas de follow-up.	1min3s

Fonte: Pinto (2016).

Fase de instrumentação

Espaço

Este estudo foi realizado, nos meses de dezembro de 2017 e janeiro de 2018, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital público da rede da Empresa Brasileira de serviços Hospitalares (EBSERH), o qual é referência para gestação de alto risco do município de Vitória/ES. A escolha por esse local se deu pois a pesquisadora estava imersa nesse campo de prática como residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente.

Participantes

Os participantes do estudo foram 18 indivíduos, sendo eles familiares de recém-nascidos prematuros internados na UTIN do referido hospital no período de realização da pesquisa.

O critério de inclusão foi ser pai, mãe ou outro familiar de recém-nascido prematuro internado na UTIN do hospital onde ocorreu o estudo. Os critérios de exclusão foram ser menor de idade e possuir alguma condição cognitiva que inviabilizasse a participação nesse formato de educação em saúde.

Técnica de produção dos dados

Para atender aos objetivos propostos neste trabalho, os participantes foram convidados a integrar o estudo durante a visita ao recém-nascido internado. Após aceitarem, o familiar era conduzido ao auditório da UTIN ou da Maternidade para a realização dos encontros individuais

Os participantes participaram da atividade de educação em saúde da pesquisa, e foi garantindo a privacidade e o anonimato dos envolvidos.

Fase da Perscrutação

No primeiro momento, a pesquisadora se apresentava e explicava sobre o estudo. Em seguida, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) era lido e esclarecido, e depois assinado. Após esse momento, os três desenhos animados sobre cuidados com o recém-nascido prematuro após a alta hospitalar eram exibidos para os participantes do estudo utilizando um *tablet* da marca Samsung.

Ao final da exibição dos vídeos educativos, três questões norteadoras eram feitas: O que você achou do vídeo? O que do vídeo é possível aplicar na sua realidade? Sobre o que mais você tem dúvidas ou gostaria de falar?

Também eram oferecidas mais informações, caso fosse necessário, a partir do questionamento dos familiares participantes do estudo. As falas foram gravadas em celular no formato .mp3 e depois transcritas na íntegra para realização da análise. Cada encontro durou em média 20 minutos.

Fase da Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra, lidas exaustivamente e submetidas à análise de conteúdo categorial, a qual é organizada em três fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação (Bardin, 2016).

Na pré-análise, eliminou-se do corpus textual o dito não relacionado à pergunta formulada na entrevista. Na exploração do material, buscou-se dar completude aos enunciados para que o conteúdo fosse explicitamente apresentado. No tratamento dos resultados, buscou-se as classes de palavras e radicais de palavras que permitissem agrupar os conteúdos em núcleos de sentidos, formando a árvore de palavras e suas relações entre elas.

Posteriormente, os dados foram interpretados à luz do referencial de Paulo Freire (2014). A partir dessa análise, emergiram quatro categorias: 1) o desenho animado reforça conhecimentos prévios; 2) o desenho animado apresenta novas informações; 3) o desenho animado desperta questionamentos; 4) o desenho animado é aplicável à realidade dos familiares.

Aspectos éticos

Para garantir o anonimato dos sujeitos, os familiares participantes foram identificados com as letras "M", "P" e "A", correspondentes a mãe, pai e avó, respectivamente. E na sequência que ocorreu (M1, M2, M3....).

Esta pesquisa integra o projeto intitulado "Validação de Tecnologias Educacionais de Enfermagem" aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob CAAE nº 57930016.0.0000.5060.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 18 sujeitos, sendo 14 mães (77,8%), 3 pais (16,7%) e 1 avó (5,5%). A idade dos participantes variou entre 19 e 43 anos e a média encontrada foi de 30 anos. A percepção dos familiares acerca dos desenhos animados foram agrupadas em quatro categorias temáticas descritas e discutidas a seguir:

Categoria 1: Os Desenhos Animados Reforçam Conhecimentos Prévios

Ao longo de uma interação, é essencial que a família seja constantemente apoiada e inserida no cuidado ao recém-nascido prematuro. Desse modo, é importante que a equipe de saúde esteja sensibilizada para acolher e fornecer orientações que facilitem a participação familiar, o estabelecimento do cuidado compartilhado e o processo de transição do hospital para o domicílio (Carvalho *et al.*, 2021; Nascimento *et al.*, 2020).

Na aplicação dos desenhos animados, as informações compartilhadas durante o período de internação foram sinalizadas, assim os desenhos mostraram-se como ferramenta para valorizar saberes e práticas do familiar. Nos discursos, os participantes relacionaram os cuidados apresentados nos desenhos com experiências anteriores e com sua vivência no ambiente da UTIN, demonstrando um conhecimento prévio acerca dos cuidados com o prematuro.

> Esse cuidado de lavar as mãos a gente tem muito aqui na UTIN. Lavar a mão no horário de visita, então acaba que a gente já tem consciência dessas coisas. (M6)

> Os vídeos são bastante interessantes. Explica muita coisa como a gente já faz na UTIN; a higienização, lavar as mãos antes de pegar os bebês (pai de gêmeos), o ambiente tem que estar arejado para eles. (P1)

É importante que o profissional valorize a participação e o saber dos familiares, pois o estabelecimento de relações de poder, em que somente os profissionais são detentores do conhecimento, prejudica o envolvimento e atuação dos pais nos cuidados para com o seu filho (Nascimento *et al.*, 2020). É imprescindível o empoderamento do indivíduo,

promovendo reflexão e autonomia, por meio do diálogo horizontal, com os conhecimentos sendo compartilhados para que a ação educativa resulte em transformação (Heidemann *et al.*, 2017).

No processo de ensinar, não podemos partir da concepção de homens como seres vazios, mas sim como seres capazes de elaborar e reelaborar conhecimentos. Ao utilizar uma educação problematizadora, o educador deve trocar conhecimentos com o educando, se comportando como mediador da reflexão e facilitador da aprendizagem, incentivando a busca por soluções e abrindo mão de uma ideia de transmissão vertical de conhecimento. Essa perspectiva problematizadora ocorre somente quando o educador assume o papel de agente de transformação, baseado na capacidade de ligar e religar os saberes (Vieira et *al.*, 2020).

A pedagogia de Paulo Freire enfatiza a necessidade de centralizar o ensino no educando e que este deve criar o seu próprio conhecimento. Desse modo, oportunizar um ensino que coloque o estudante como protagonista é pensar na execução de metodologias que favoreçam o envolvimento, o diálogo e a autonomia, para o alcance da independência e para o desenvolvimento de uma consciência crítica (Freire, 1996).

O empoderamento é o conceito central dos pressupostos de Paulo Freire. O termo não se refere a transmitir o poder a alguém, numa perspectiva individualista, mas no intuito de despertar a potencialidade criativa das pessoas, bem como aprimorar e potencializar suas capacidades. Dessa forma, o empoderamento surge das interações sociais em que os sujeitos são construídos. Enquanto problematizam criticamente, as realidades vivenciadas vão se conscientizando. Tal conscientização fornece o poder para transformar as relações sociais de dominação, o que leva à liberdade (Streck; Redin; Zitkoski, 2018).

Heideman (2021) ressalta que o empoderamento dos indivíduos e da coletividade ocorre por meio do diálogo e da consciência. Foi visto, no estudo, que os enfermeiros precisam se empoderar, para que os seus discursos sejam coerentes com as suas práticas, propiciando ambientes férteis para a emancipação dos indivíduos que estão sob seus cuidados na atenção à saúde.

Categoria 2: Os Desenhos Animados Apresentam Novas Informações

A utilização do desenho animado como uma estratégia de apoio aos familiares durante o processo de alta-hospitalar do prematuro auxilia os pais na aprendizagem acerca dos cuidados diários com o neonato, assim como contribui com o aumento da segurança e confiança para cuidarem dos seus recém-nascidos em domicílio (Amorim *et al.*, 2018).

Os diálogos ocorridos entre a pesquisadora e os familiares após exibição dos desenhos animados revelam que novos conhecimentos sobre o cuidado com o recém-nascido prematuro no domicílio foram aprendidos. Os familiares elogiaram os desenhos e expressaram as informações que eram novas para eles.

> Ah, eu achei os desenhos muito bons. Influencia muito. Diz tudo... os cuidados que a gente deve ter dentro de casa, com o bebê na rua, para sair também, para passear, o horário que deve está com ele na rua, dor quando ele sentir, né, quando a dor é intensa. Eu achei muito bom. Eu não sabia que cortina tinha que limpar frequentemente, porque o ar que entra pela janela que causa poeira, né, essas coisas. Fazer tudo direitinho [risos]. (M11)

> Pô, legal os desenhos, interessante, tem algumas coisas que eu não sabia. Como o urso de pelúcia, quando é o choro de dor, a intensidade do choro muda a face e a neném fica se mexendo. [...] Aí, aprendi a identificar quando é choro de dor. (P2)

> Eu acho que agora me deixou mais atenta em relação ao ambiente. Eu não tinha noção, assim, que tinha que ser um ambiente mais meia lua... para mim qualquer lugar... abrir a cortina e ligar o ar-condicionado, sei lá. Agora sei do ambiente. Em relação a sair, né. Aí eu já pensei logo: "ah, como é que vou para igreja, né. (M16)

Os vídeos proporcionaram novos conhecimentos aos familiares, não pela deposição de conteúdo, em que, na visão "bancária" da educação, o saber é uma doação dos que se julgam sábios, um ato de depositar, de transferir, de transmitir valores e conhecimentos. Observou-se que o

profissional, ao adotar uma postura dialógica e problematizadora, utilizou os desenhos como um instrumento de informação para que os familiares se apropriassem do conteúdo e somente depois expandir com eles outras maneiras de conhecimento (Freire, 2014).

Nesse mesmo sentido, pesquisas mostram que o uso de vídeos favorece a comunicação entre a família e os profissionais de saúde, fornecem novas informações e empoderam os pais na busca de caminhos para realizar os cuidados munidos de conhecimento e informação (Nazario *et al.*, 2021; Holm *et al.*, 2019).

A equipe de saúde deve ter ciência da importância de um diálogo com a família, com o intuito de possibilitar trocas de informações e, assim, promover a autonomia dessa família para alta-hospitalar (Bomfim; Rocha; Machado, 2022).

Categoria 3: Os Desenhos Animados Despertam Questionamentos

Os vídeos possibilitaram emergir perguntas, pois, ao assistirem aos desenhos animados, os familiares questionaram sobre outras informações que não estavam contidas nas animações. Essas dúvidas retratavam particularidades da realidade de cada indivíduo. A pesquisadora, ao identificar esses questionamentos, dialogava com os familiares esclarecendo as informações solicitadas.

> Ah, eu fiquei pensando, quando tiver que ir no posto com ela como que vai ser, vai usar o carrinho ou não vai usar carrinho? (M1)

> Follow up? Retorno. Eu vou sempre consultar ela aqui, até quanto tempo? Qual o produto assim que é bom pra lavar as mãos? Quais lugares que eu posso levar a neném depois? Quanto tempo que eu posso levar ela para ir para a igreja? Ah, o negócio do narizinho entupido, igual passou ali no vídeo, o neném chora pode ser o cocô, pode ser a posição, e o nariz entupido, como que faz com o nariz entupido? (M2)

> Eu vendo o vídeo eu fui lembrando de outras coisas. Viajar com ela, daqui a quanto tempo? E a alimentação dela, é só peito mesmo? Nada de vovó querer dar chuquinha, dar papinha, nada disso, só peito? Eu trabalho com

> marcenaria, eu fiz um mini berço pra ela, que fica junto e na altura da cama. Isso é aconselhável ou não? (P3)

Observa-se que os desenhos animados serviram como disparador de novos questionamentos, revelando dúvidas e apontando a capacidade dos sujeitos de questionarem a realidade e buscarem novos conhecimentos que atendam a suas verdadeiras necessidades. É importante acreditar nas pessoas, em sua capacidade de pensar, de querer e de saber (Freire, 2014).

Ferramentas criativas como os vídeos, que apresentam imagens, textos, cores, músicas e outros, conseguem manter a atenção dos espectadores com potencial para produzir um impacto positivo sobre eles. O enfermeiro, como educador, pode utilizar essa tecnologia educativa para reduzir as aflições dos familiares e envolvê-los na busca e planejamento dos cuidados (Nazario *et al.*, 2021).

Desse modo, ao utilizar um vídeo, é possível diminuir as dúvidas dos familiares, além de reduzir a propagação de ideias equivocadas (Tessari *et al.*, 2021). Utilizando diferentes recursos e de modo lúdico, o vídeo é uma tecnologia educativa que, usada isolada ou associado a outras tecnologias, vem demonstrando efetividade na educação em saúde em diferentes populações e temas (Sá *et al.*, 2019).

Categoria 4: Os Desenhos Animados São Aplicáveis À Realidade Dos Familiares

Os familiares revelaram, em suas falas, que os cuidados com o recém-nascido prematuro no domicílio exibidos nos desenhos animados são aplicáveis na sua realidade. Também foi possível identificar os cuidados que, na percepção dos familiares, parecem ser mais difíceis de serem executados. Vale ressaltar que as dificuldades mencionadas vão ao encontro da realidade de cada sujeito entrevistado.

> Tudo do vídeo é aplicável na minha realidade. A questão de dormir no berço, já está tudo certinho, ainda mais que é muito pequeninha. A questão da dor, igual falou do incômodo, isso aí eu sempre prestei muita atenção na minha outra filha. Acho que tudo é aplicável. (M1)

> Ah, eu acho que quase tudo dos vídeos dá para aplicar. Eu tenho muita gente que visita a minha casa. É uma casa movimentada. Meu irmão mora em cima, minha irmã mais nova mora na outra casa de cima, então sempre tem muita gente lá em casa. Então, o problema vai ser mais isso, de todo mundo querer pegar e vai ter visita o tempo todo. Mas, do resto, acho tranquilo. Eu conseguiria fazer isso tudo direitinho. (M6)

> O que vai ser aplicado dos vídeos é praticamente tudo. A limpeza da casa, no meu caso, já era frequente porque eu tenho asma. [...] A casa arejada, limpa, roupa de cama trocada, cortina lavada sempre, agora mais ainda. Claridade lá, eu vou colocar uma cortina mais escura, e é isso. (P2)

> Acho que quase tudo do desenho eu vou aplicar. A única coisa que eu não vou fazer igual ao vídeo é colocar minha filha de barriga para cima, eu não gosto, eu só gosto de colocar de lado. O medo dela golfar, porque de lado vai sair pra fora." (M8)

Um aspecto importante a ser considerado no contexto da educação problematizadora aplicada à saúde é o fato de não ocorrer, na maioria das vezes, ação imediata de mudança de comportamento. O despertar da consciência crítica do indivíduo, a mudança, só será percebida quando ele der marcas da transformação de seu saber, que acontece em processos contínuos, na intermediação de saberes, em que não será mais o saber do profissional de saúde e o saber do indivíduo cuidado, mas a construção de um novo saber (Demarchi; Gouvea; Souza, 2017).

Para construir um material educativo, alguns cuidados são necessários, como ter conteúdo atualizado e coerente com o público-alvo, informações claras e concisas, organização de forma lógica, textos de fácil leitura, apresentação do conteúdo que cative atenção, relevância das figuras, imagens, cenas e sons, uso correto da gramática, vídeo que simule a realidade, estimule a aprendizagem, facilite a retenção do conteúdo na memória, permita o aprendizado baseado na experiência prévia e que seja suficiente para os usuários (Nazario *et al.*, 2021).

Desse modo, o conteúdo e as informações de um vídeo educativo devem atender as necessidades das famílias, utilizando uma linguagem clara e acessível, facilitando a compreensão por parte do público-alvo, atendendo ao objetivo da orientação proposta (Dantas *et al.*, 2022).

Muitas das dúvidas podem surgir entre os familiares de um recém-nascido prematuro, que podem ser relacionados à questão emocional e também à prática nos cuidados com o recém-nascido. Para amenizar essas aflições, é necessário ampliar o conhecimento dos familiares, promovendo uma transição tranquila e segura do hospital para o domicílio (Silva *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Na percepção dos familiares os desenhos reforçam conhecimentos prévios, apresentam novas informações, despertam questionamentos e são aplicáveis à realidade cotidiana.

Comprovou-se que o desenho animado funciona como um recurso para disparar o diálogo entre os familiares e os profissionais, instigando questionamentos e dúvidas. E, assim, o profissional pode identificar as reais necessidades das famílias, individualizando as orientações e a assistência.

Também verificou-se que os desenhos animados contribuíram para melhor compreensão e assimilação das informações pelos familiares do neonato, pois apontaram várias situações cotidianas nas quais podem aplicar as orientações exibidas nos desenhos.

O desenho animado conciliou a teoria com a prática, tomando a realidade como motivadora da aprendizagem significativa. Buscou-se, assim, construir um processo educativo alicerçado nos saberes prévios dos educandos, tendo por objetivo tornar o processo educativo mais dinâmico.

Os princípios da Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), como imersibilidade da pesquisadora, dialogicidade, conectividade e destaque para a inovação e a articulação entre cuidar e pesquisar foram contemplados no estudo. Ainda, a pesquisa-cuidado educativo destaca-se como importante método para os enfermeiros da prática.

Espera-se com esta pesquisa despertar o interesse de outros enfermeiros para a aplicação de novas tecnologias utilizando metodologias problematizadoras e dialógicas, bem como alinhar o conhecimento teórico-prático de enfermagem com o saber popular, valorizando o sujeito cuidado como agente ativo no processo de educação em saúde.

Os resultados encontrados neste estudo não podem ser generalizados para todas as realidades, visto o caráter qualitativo desta pesquisa que envolveu pessoas que não são representativas de todos os contextos socioculturais existentes, sendo essa uma limitação desta pesquisa.

REFERÊNCIAS

AMORIM, M. *et al*. Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study. **Health and quality of life outcomes**, v. 16, p. 1-12, 2018. DOI: https://10.1186/s12955-018-1011-y

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOMFIM, T. C. R. S; ROCHA, A. D.; MACHADO, A . B. S. Bem-vindo ao lar: dificuldades dos cuidadores de recém-nascidos nascidos prematuramente após a alta hospitalar. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 96, n. 38, e-021226, 2022. DOI: https://doi.org/10.31011/reaid-2022-v.96-n.38-art.1308

CARVALHO, N. A. R. *et al.* A transição do cuidado do recém-nascido prematuro: da maternidade para o domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02503, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR02503

CLAUS, M. I. S. *et al.* A inserção do brincar e brinquedo nas práticas de enfermagem pediátrica: pesquisa convergente assistencial. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0383

DANTAS, D. C. *et al*. Produção e validação de vídeo educativo para o incentivo ao aleitamento materno. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 43, e20210247, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210247.pt

DEMARCHI, S. M.; GOUVEA, M. P. G.; SOUZA, S. P.. Paulo Freire na produção acadêmica de enfermagem: estudo bibliométrico. **Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J.**(online), v. 9, n. 4, p. 1094-1098, 2017. DOI: https://doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1094-1098

FARIAS, D. L. S.; NERY, R. N. B.; SANTANA, M. E. O enfermeiro como educador em saúde da pessoa estomizada com câncer colorretal. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 1, p. 35-39, 2019. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1486

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 58. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

GUIMARÃES, E. M. R. *et al*. Construction and validation of an educational video for patients in the perioperative period of robotic surgery. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 5, e20210952, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0952pt

HEIDEMAN, I. T. S. B. *et al*. Empoderamento: reflexões no contexto das vulnerabilidades e das práticas de enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36399

HEIDEMANN, I. T. S. B. *et al.* Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 26, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072017000680017

HOLM, K. G. *et al*. Parent perspectives of neonatal tele-homecare: a qualitative study. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 25, n. 4, p. 221-229, 2019. DOI: https://doi.org/10.1177/1357633X18765

NAZARIO, A. P. *et al*. Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para família sobre alívio da dor aguda do recém-nascido. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, e20190386, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20190386

NASCIMENTO, A. C. S. T. *et al*. O cuidado realizado pela família ao recém-nascido prematuro: análise sob a teoria transcultural de Leininger. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, e20190644, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0644

PINTO, T. R. C. **Tecnologia educacional para o cuidado ao prematuro no domicílio** Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitótia (ES), 2016.

SÁ, G. G. M *et al*. Technologies that promote health education for the community elderly: integrative review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, e3186, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3171.3186.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al*. Vídeos como tecnologia educacional na enfermagem: avaliação de estudantes. **Rev. Enferm UERJ**, v. 25, p. e18767, 2017. DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.18767

SANTIAGO, J. C. S.; MOREIRA, T. M. M. Booklet content validation on excess weight for adults with hypertension. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 1, p. 95-101, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0105

SILVA, M. M. *et al.* Construção e validação de tecnologia educacional para promoção do aleitamento materno no período neonatal. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 2, e20200235, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465- ean-2020-0235

SOUSA, L. B. *et al*. Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, e20201371, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371

STRECK, D. N.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Org.). **Dicionário Paulo Freire**. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2018.

TEIXEIRA, J. B. C. *et al*. Protocolo de enfermagem à criança com doença falciforme na emergência: uma abordagem convergente-assistencial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, e20210908, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0908pt

TESSARI, M. *et al*. Prática pedagógica e mídias digitais: um diálogo necessário na educação contemporânea. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 22, n. 1, p. 45-60, mar. 2021.

TRENTINI, M. *et al.* Pesquisa convergente assistencial e sua qualificação como investigação científica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, e20190657, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0657

VIEIRA, S. L. *et al.* Diálogo e ensino-aprendizagem na formação técnica em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00253

8

VANEZIA GONÇALVES DA SILVA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
ANA PAULA GOMES DA CRUZ
JULIA MARINA SIMAN DIAS
MAYCON CARVALHO DOS SANTOS
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

GERENCIAMENTO DAS PESQUISAS CLÍNICAS NOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: UMA REVISÃO DE ESCOPO

INTRODUÇÃO

Os Hospitais Universitários Federais da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh) apresentam, em seus planos estratégicos, objetivos de melhorar ensino, pesquisa, extensão e assistência por meio da excelência no campo de prática e gestão hospitalar eficiente (Ebserh, 2021).

A pesquisa, nesse contexto, é vislumbrada como potencializadora da produção de inovação em saúde. A Pesquisa Clínica seria responsável por dotar o Sistema Único de Saúde (SUS) de evidências que auxiliam a tomada de decisões econômicas e de saúde, apresentando eficácia, efetividade e segurança dos novos produtos ou procedimentos testados e submetidos a protocolos de pesquisa de alto rigor metodológico e regulatório (Ilana, 2021).

Logo, para que essas produções no ambiente formativo, atendam às crescentes demandas sociais e de saúde é necessário o cumprimento de pré-requisitos mínimos, pois o tipo de interação e interdisciplinaridade exigidas ao desenvolvimento de pesquisas clínicas são notavelmente elevados (Gehring *et al.*, 2013).

No que se refere ao gerenciamento dos Centros de Pesquisas Clínicas (CPC) em hospitais de ensino, peculiaridades próprias se impõem aos gestores, como a inclusão de pessoas em formação nos processos, além dos desafios e conhecimentos da condução dos estudos, que são rigidamente exigidos pelos patrocinadores e pelas agências regulatórias. Dos CPC, são requeridos que sejam cumpridos, rigorosamente, critérios éticos, metodológicos, orçamentários, estruturais (equipamentos e equipes treinadas e certificadas) e contratuais (legais), entre outros (Gehring *et al.*, 2013; Dombernowsky *et al.*, 2017; Rentes, 2016).

A gestão na área de pesquisa em saúde exige planejamento, gerenciamento, coordenação e controle de suas atividades. Os hospitais universitários carecem de aspectos que propiciem controle e eficiência na gestão, no acompanhamento e na avaliação de desempenho dos estudos desenvolvidos, caracterizando relevantes desafios no enfrentamento dessas limitações, dando visibilidade à necessidade de instrumentos que auxiliem o processo de gestão (Gaseta, 2020).

Contudo, nessas atividades, espera-se celeridade, organização e garantia dos direitos e da segurança dos participantes da pesquisa, além de respostas às demandas da saúde por meio de inovação em técnicas, protocolos, produtos, serviços ou tecnologias de saúde que possam "responder a questões sobre promoção da saúde, causa, prevenção, diagnóstico, tratamento e impacto das doenças nos serviços de saúde e na sociedade" (Ilana, 2021).

Portanto, proporcionar um ambiente de permanente troca de saberes entre equipes de estudos e melhorar e gerenciar processos na Pesquisa Clínica são necessidades que beneficiam os principais atores envolvidos (pesquisadores principais, equipe de suporte e coordenação, participantes de estudos, Organizações Representativas de Centros de Pesquisas – ORCP e/ou patrocinadores, intervenientes administrativas, fornecedores).

Sendo assim, este estudo teve como objetivo mapear, na literatura, a abordagem da temática de gestão das pesquisas clínicas em hospitais universitários/ensino.

MÉTODO

Esta pesquisa trata-se de uma revisão de escopo (*scoping review*), também conhecida como "revisão de mapeamento" (*mapping review*) ou "estudo de escopo" (*scoping study*).

Inicialmente realizou-se uma busca para verificar a existência de revisões de escopo semelhantes, não sendo encontrados protocolos semelhantes registrados na plataforma *Open Science Framework (OSF),*

base de dados on-line de acesso aberto[1] que colabora com a transparência das evidências científicas e auxilia na construção dos protocolos (Silva Neto, 2021).

Então, esse protocolo foi registrado com o DOI 10.17605/OSF.IO/VT8D4 e elaborado seguindo as recomendações do JBI Manual for evidence Synthesis, estruturado conforme PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews) específico para revisões de escopo – o PRISMA-ScR, contendo 22 itens. O PRISMA-ScR é um *checklist* que auxilia os revisores na construção, desenvolvimento e finalização da revisão de escopo (Peters *et al.*, 2020; Tricco *et al.*, 2018).

A coleta de dados foi realizada em novembro de 2022 utilizando os descritores DeCS/MeSH, relacionados com a estratégia apontada por Russo *et al.* (2024), com o uso do acrônimo PCC: P – *Organization and administration*; C – *Clinical trial*; e C – *Hospitals, Teaching*, descrita no Quadro 1.

Quadro 1: Direcionador de busca

Acronimo	Definição	Descritor	Nota de escopo
P - DeCS	População/ Problema	Organização e Administração Gestão	Planejamento e direção de programas, serviços e recursos.
P - MeSH	Population/ Problem	Organization and administration	The planning and managing of programs, services, and resources.
C - DeCS	Conceito	Ensaio clínico	Trabalho que relata os resultados de um estudo clínico em que aos participantes são atribuídas uma ou mais intervenções, de forma que os pesquisadores possam avaliar as intervenções nos desfechos biomédicos e naqueles relacionados à saúde. As atribuições são determinadas pelo protocolo de estudo.

1. Disponível em https://osf.io/.

Acronimo	Definição	Descritor	Nota de escopo
C - MeSH	Concept	Clinical trial	A work that reports on the results of a clinical study in which participants are assigned to receive one or mor interventions so that researchers can evaluate the interventions on biomedical or health-related outcomes. The assignments are determined by the study protocol. Participants may receive diagnostic, therapeutic, or other types of interventions.
C - **DeCS**	Contexto	Hospitais Universitários	Hospitais mantidos por uma universidade para o ensino médico de estudantes, pós-graduandos e para pesquisa clínica.
C - **MeSH**	Context	Hospitals, Teaching	Hospitals engaged in educational and research programs, as well as providing medical care to the patients.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os descritores e palavras-chave foram definidos com o apoio de um bibliotecário, sendo identificados os *Mesh terms* e os sinônimos *(entry terms)*. Em seguida, definiram-se as fontes de busca: Medline via Pubmed; CENTRAL Cochrane, EMBASE (Elsevier), Web of Science Core Collection (Clarivate Analytics) e SCOPUS. Quanto à literatura cinzenta (Peters *et al*, 2020), realizou-se a busca nos repositórios: The British Library (UK), Teses capes DART- Europe E-Theses, Academic Archive Online (Suécia e outros países escandinavos), Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, Electronic Theses Online Service (Reino Unido) The British Library (UK), Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (Portugal) e Theses Canada (Canadá), conforme exposto no Quadro 2.

Quadro 2: Fontes de informação (bases, repositórios, portais e sites).

Estratégia de busca apoiada em 5 bases de dados
MEDLINE/PubMed (*MeSH Terms)
CENTRAL Cochrane (s/ descritores controlados)
EMBASE (Emtree terms)
Web of Science (s/ descritores controlados)
SCOPUS (não possui descritores controlados)

Literatura cinzenta
The British Library (UK)
Teses capes
DART- Europe E-Theses
Academic Archive Online (Suécia e outros países escandinavos)
Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP
Electronic Theses Online Service (Reino Unido) The British Library (UK),
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (Portugal) e
Theses Canada (Canadá).
Repositórios de pre-prints – PREPRINTS [medRXiv]
Websites: Google Scholar Citation Searching

Operadores boleanos
AND OR NOT

Fonte: Elaborado pelos autores.

Construiu-se a chave de busca para as bases de dados a partir das derivações dos descritores encontradas no DeCS e foi expandida para o MeSH (levantamento dos termos MeSH e, em seguida, avaliados os termos de entrada pertinentes). Como palavras-chave, utilizaram-se as que, frequentemente, foram mencionadas nos estudos que abordaram a temática de interesse. Vale ressaltar que a chave de busca foi feita no idioma inglês para ampliar o alcance da busca às publicações internacionais, uma vez que as pesquisas clínicas estão prioritariamente sediadas em países de língua inglesa, conforme visto na plataforma *Clinicaltrials.gov* (United States, 2023). Como resultado, a chave de busca está descrita no Quadro 3.

Quadro 3: Chave de busca adaptado ao Pubmed via Medline

P : População/problema = Gestão/gerenciamento
#1 (“Organization and Administration”[MeSH Terms] OR “Techniques, Administrative”[Title/Abstract] OR “Administrative Technique”[Title/Abstract] OR “Technique, Administrative”[Title/Abstract] OR “Administrative Techniques”[Title/Abstract] OR “Administrative Technics”[Title/Abstract] OR “Administrative Technic”[Title/Abstract] OR “Technic, Administrative”[Title/Abstract] OR “Technics, Administrative”[Title/Abstract] OR “Logistics”[Title/Abstract] OR “Supervision”[Title/Abstract] OR “Administration”[Title/Abstract] OR “Coordination, Administrative”[Title/Abstract] OR “Administrative Coordination”[Title/Abstract] OR “Business Process Management”[Title/Abstract] OR “total quality management”[MeSH Terms] OR “continuous quality management”[Title/Abstract] OR “Management, Total Quality” [Title/Abstract] OR “Continuous Quality Management” [Title/Abstract] OR “Management, Continuous Quality” [Title/Abstract] OR “Six Sigma” [Title/Abstract] OR “Sigma, Six”[Title/Abstract] OR “Sigmas, Six”[Title/Abstract] OR “Six Sigmas”[Title/Abstract] OR “Sigma Metrics”[Title/Abstract] OR “Metric, Sigma”[Title/Abstract] OR “Metrics, Sigma”[Title/Abstract] OR “Sigma Metric”[Title/Abstract] OR “Lean Six Sigma”[Title/Abstract] OR “Lean Six Sigmas”[Title/Abstract] OR “Six Sigma, Lean”[Title/Abstract] OR “Six Sigmas, Lean”[Title/Abstract] OR “Manuals and Guidelines for Research Management”[Title/Abstract]) OR “Instruments for Management of Scientific Activity”[Title/Abstract] OR “Efficiency, Organizational”[MeSH terms] OR “Organizational Efficiency”[Title/Abstract] OR “Efficiency, Administrative”[Title/Abstract] OR “Administrative Efficiency”[Title/Abstract] OR “Program Efficiency”[Title/Abstract] OR “Efficiency, Program”[Title/Abstract] OR “Program Efficiencies”[Title/Abstract] OR “Productivity, Organizational”[Title/Abstract] OR “Organizational Productivity”[Title/Abstract] OR “Change Management”[MeSH terms] OR “Management, Change”[Title/Abstract] OR “Organizational Change Management”[Title/Abstract] OR “Change Management, Organizational”[Title/Abstract] OR “Change Managements, Organizational”[Title/Abstract] OR “Management, Organizational Change”[Title/Abstract] OR “Managements, Organizational Change”[Title/Abstract] OR “Organizational Change Managements”[Title/Abstract] OR “Program Development”[-MeSH terms] OR “Development, Program”[Title/Abstract] OR “Program Descriptions”[Title/Abstract] OR “Description, Program”[Title/Abstract] OR “Descriptions, Program”[Title/Abstract] OR “Program Description”

C: Conceito = Pesquisa Clínica
#2 (“Clinical Trial” [MeSH Terms] OR “Intervention Study” [Title/Abstract] OR “Clinical Research” [Title/Abstract] OR “Clinical Study” [MeSH Terms] OR “Evaluation Study” [Title/Abstract]
C: Contexto = Hospitais Universitários
#3 (“Hospitals, Teaching” [MeSH Terms] OR “Hospital, Teaching” [Title/Abstract] OR “Teaching Hospital” [Title/Abstract] OR “Teaching Hospitals” [Title/Abstract] OR “Hospitals, University” [MeSH Terms] OR University Hospitals [Title/Abstract]

Fonte: Elaborado pelos autores.

Questão de pesquisa e critérios de elegibilidade

Definiram-se a questão de pesquisa e os critérios de elegibilidade com base no mnemônico PCC, sugerido pelo JBI, ou seja, População/Problema, Conceito e Contexto (Peters *et al.*, 2020). Nesta revisão, o PCC caracterizou-se por Gestão/Gerenciamento, Pesquisas Clínicas e Hospitais Universitários/Ensino, respectivamente, o que levou à questão de pesquisa: Como os centros de pesquisas clínicas de hospitais de ensino se organizam? Para responder a essa pergunta, estabeleceram-se critérios de elegibilidade para seleção dos estudos que contemplam o PCC (Quadro 4).

Quadro 4: Critérios de elegibilidade

Critérios de inclusão	
População / Problema	Gestão/gerenciamento Organização e gerenciamento das pesquisas, ferramentas de gerenciamento, metodologias de gestão
Conceito	Pesquisas Clínicas, Estudos clínicos ou ensaios clínicos
Contexto	Hospitais Universitários, Centros de Pesquisas Clínicas que operem no contexto da formação profissional, hospitais de ensino
Desenho dos estudos	Estudos de caso ou observacionais, revisões da literatura, relatórios, carta, editorial, entre outros considerados relevantes para as questões desta revisão.
Ano da publicação	Sem delimitação temporal – Devido à escassez de publicação com a temática

Critérios de inclusão	
Idioma	Quaisquer que a chave de busca alcançar
Disponibilidade	Texto completo
Fontes	Artigos científicos publicados ou em preprint, guidelines, teses de doutorado, dissertações de mestrado, resumos completos publicados em anais de eventos ou revistas científicas.
Critérios de exclusão	
Estudos randomizados controlados, quase-experimentais ou experimentais não fazem parte do escopo do trabalho.	
Estudos completos não disponíveis e cujos pedidos de disponibilização ao(s) autor(es) não sejam atendidos.	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Dessa forma, incluíram-se pesquisas publicadas na íntegra que tiveram como objeto de investigação a gestão/gerenciamento das pesquisas clínicas, a fim de captar as publicações existentes sobre a temática. Não houve limitações quanto ao ano de publicação das evidências nem quanto ao país de origem delas, desde que possuíssem versões em português e/ou inglês. Excluíram-se textos dos seguintes tipos: editoriais, ensaios teóricos, estudos de reflexão e pesquisas que não apresentaram resumo ou texto na íntegra disponível para acesso remoto. Assim sendo, realizou-se a coleta de dados na plataforma Comunidade Acadêmica Federada (acesso CAF) e no portal de periódico da CAPES, a fim de reduzir as perdas.

Busca dos estudos

Desenvolveu-se a busca dos estudos conforme sugerido pelo JBI (Peters *et al.*, 2020). Como descrito anteriormente, a primeira etapa foi a identificação dos descritores e das palavras-chave, assim como a seleção das fontes de busca, realizadas em novembro e dezembro de 2022.

Na segunda etapa, que se deu no mês de dezembro de 2022, realizou-se uma nova busca em todas as fontes definidas para a revisão já com os descritores DeCS/MeSH e outras palavras-chave identificadas na etapa anterior, combinadas em estratégia de pesquisa adaptada de acordo

com as especificidades de cada base/repositório utilizados na revisão e confirmadas com a ajuda da bibliotecária.

Seleção dos estudos

Todos os estudos que possuíam, no título e/ou no resumo (*abstract*), questões relacionadas ao PCC foram selecionados para posterior leitura na íntegra. Essa etapa ocorreu no mês de dezembro de 2022.

Utilizou-se o programa Rayyan para inserção das evidências encontradas nessa primeira etapa. Esse *software* permite cegar os pesquisadores, para que, de maneira independente, façam a primeira seleção dos estudos, tornando possível a comparação entre as concordâncias e discordâncias. As discordâncias foram confrontadas e submetidas a uma terceira avaliação por outra pesquisadora.

Durante a fase de seleção, contactamos, via endereço eletrônico, os autores dos estudos que possuíam acesso restrito (critério de exclusão). Dos que recebemos retorno, os textos foram lidos integralmente e filtrados pelos outros critérios de inclusão/exclusão.

Extração dos dados

Nos meses de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, todos os artigos encontrados foram inseridos em uma planilha adaptada pelos autores a partir do *template* disponibilizado pelo JBI (Peters *et al.*, 2020).

Registraram-se informações-chave, quando aplicáveis, tais como: Título do estudo; Autor(es); Ano, Volume, Nº, Suppl; Revista/Editora/Instituição de Publicação; Idiomas; Tipo de Publicação (com as seguintes opções: Artigo Científico, Tese, Dissertação, Monografia, *Guideline*/Manual, Documento em preprint, Resumos expandidos publicados em Anais ou revistas ou Outro); Tema Central; Objetivo Principal; Abordagem do Estudo (com as seguintes opções: Quantitativa, Qualitativa ou Não se aplica); Desenho de Estudo; Principais Conclusões Relacionadas à pergunta da revisão de escopo.

O maior número de informações referentes aos estudos foi selecionado. No final da planilha, inseriram-se duas colunas que se referem aos critérios de inclusão e exclusão. Dessa forma, foi possível filtrar os

resultados de cada coluna para realizar a análise das evidências de forma detalhada e precisa, dando origem ao Quadro 5.

Quadro 5: Estudos selecionados

	Autores, Ano Países Bases de dados	**Título**	**Objetivos**
Tema principal: Gerenciamento			
E1	STRASSER, J. E. *et al.* 2013 USA Medline	*Evaluating various areas of process improvement in an effort to improve clinical research: discussions from the 2012 Clinical Translational Science Award (CTSA) Clinical Research Management workshop.*	Relato do *Workshop* Anual de Gerenciamento de Pesquisa Clínica de 2012, que foi intitulado "Aprender fazendo; aplicando ferramentas baseadas em evidências para reestruturar o gerenciamento de pesquisa clínica". O objetivo desse ano foi disseminar informações que melhorem a gestão da pesquisa clínica, embora os objetivos específicos de cada *workshop* evoluíssem dentro de cada consórcio.
E2	ZANOTTO, A.D. 2017 Brasil Referências*	Modelo de Gerenciamento de Projetos para a Pesquisa Clínica.	Desenvolver um modelo para o gerenciamento de projetos de pesquisa no cenário público-privado e privado.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E3	JOHANTGEN, M. *et al.* 2017 USA Referências*	*Building Research Infrastructure in Magnet® Hospitals: Current Status and Future Directions.*	Descrever as infraestruturas de apoio à pesquisa nos hospitais Magnet® (No início da década de 1980, o termo "Magnet" foi desenvolvido pela Academia Americana de Enfermagem para descrever hospitais que conseguiam atrair e reter enfermeiros. Um estudo inicial com 163 hospitais descobriu que 41 desses hospitais possuíam qualidades semelhantes que permitiam maior capacidade de atrair e reter enfermeiros durante uma escassez de enfermagem por causa da qualidade do ambiente de trabalho do enfermeiro).
E4	FRANZÃO, J. F. 2018 Brasil BDTD	Mapeamento de processos de gestão de projetos de pesquisa clínica patrocinada baseado na disciplina de *Business Process Management* – BPM.	Mapear os principais processos de gestão de pesquisa clínica realizadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFMG).

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E5	TSIKIS, S. et al. 2019 Estados Unidos da América Medline	*Design and Implementation of an Infrastructure Program to Support Clinical Research in Surgery.*	Descrever o desenvolvimento e implementação de um novo programa de infraestrutura de pesquisa clínica projetado para atenuar barreiras e aumentar o envolvimento e a produtividade da pesquisa clínica em um grande departamento de cirurgia acadêmica.
E6	MORAN, R. *et al*. 2019 Inglaterra Referências*	*Health research systems in change: the case of "Push the Pace" in the National Institute for Health Research*	Descrever a estrutura e o trabalho do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) e porque, apesar de já ter sucesso com pesquisa em saúde e melhoria local contínua, continua acreditando no valor da melhoria contínua em toda a organização.
E7	DEGLISE-HAWKINSON, J. *et al.* Estados Unidos da América Referências*	*Access planning and resource coordination for clinical research operations.*	Criar uma metodologia de engenharia e gerenciamento de operações para otimizar um complexo desafio de planejamento e coordenação operacional enfrentado por centros que realizam pesquisa clínica.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
Ferramentas			
E8	ECKLUND, D.J. 1999 Estados Unidos da América Medline	Establishing a research coordinator network: the birth of an idea.	Estabelecer uma rede de contatos (*network*) para enfermeiras coordenadoras de pesquisas clínicas.
E9	AREDES, E. L. 2013 Brasil Biblioteca Digital USP	Método de elaboração de Arquitetura de Processos para a promoção de Gestão por Processos em instituições de ensino superior públicas.	Desenvolver um método de elaboração de Arquitetura de Processos e aplicar em uma unidade de uma instituição de ensino superior pública brasileira.
E10	HALKOAKO, A. *et al.* 2014 Finlândia Referências*	*Can Lean Thinking enhance research administration?*	Investigar as necessidades do usuário na admissão da pesquisa, suas opiniões sobre o estado da pesquisa científica de hoje e também avaliar suas futuras necessidades de desenvolvimento e descobrir se uma filosofia de gestão "*customer-oriented*" (orientada para o cliente), como o pensamento Lean, pode ser implementada no ambiente de administração de pesquisa para melhorar processos de trabalho e serviços.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E11	NOVAES, M. T. 2015 Brasil Biblioteca Digital USP	Aplicação da árvore da realidade atual para a identificação de oportunidades de melhoria em uma unidade de pesquisa clínica	Verificar se a árvore da realidade atual (ARA) pode auxiliar a gestão de uma unidade de pesquisa clínica, já que se trata de um problema complexo, apontando oportunidades de melhoria.
E12	FAUSTINO, I. G. 2015 Brasil Biblioteca Digital USP	Indicadores referentes à gestão da qualidade em centros da Rede Nacional de Pesquisa Clínica.	Desenvolver e validar um questionário eletrônico capaz de medir o desempenho dos centros participantes da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em uma auditoria de qualidade baseada nas boas práticas clínicas.
E13	RENTES, V. C. 2016 Brasil Biblioteca Digital USP	Implementação de processo de planejamento estratégico orientado para promoção de *business process management (BPM)* em uma unidade de pesquisa clínica de Ribeirão Preto.	Explorar o potencial de facilitação da promoção de BPM em uma unidade de pesquisa clínica (UPC) por meio do alinhamento com o planejamento estratégico.
E14	ALVES, E. F. L; 2017 Brasil Biblioteca Digital USP	Diagnóstico em BPM: Uma investigação longitudinal sobre os resultados da aplicação da árvore da realidade atual em uma UPC.	Analisar o relacionamento entre a aplicação do diagnóstico da árvore da realidade atual (ARA) e as melhorias realizadas em uma unidade de pesquisa clínica (UPC).

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E15	NIEDERHÄUSERN, B. *et al.* 2018 Suíça Medline	*The impact of clinical trial units on the value of clinical research in Switzerland.*	Refletir sobre a trajetória do *Clinical Trial Unit (CTU) Network,* estabelecida 10 anos atrás na Suíça, predominantemente em hospitais universitários, e revisar se – e como – o programa foi bem-sucedido na valorização das pesquisas clínicas conduzidas na Suíça.
E16	LINS, R. S. M. 2018 Brasil BDTD	Desenvolvimento do Plano Estratégico para o Centro de Pesquisa Clínica do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco	Desenvolver o planejamento estratégico para a implantação do Centro de Pesquisa Clínica do HCUFPE através do método do Balanced Scorecard.
E17	FINATTO, L. J. 2018 Brasil Banco de Teses de Portugal	Aplicabilidade da Matriz RACI no cenário da unidade de pesquisa clínica do Hospital Universitário de Santa Maria.	Adaptar e testar a aplicabilidade de uma ferramenta de gestão aliada à pesquisa clínica no contexto da Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM); propor estratégias que visam a fortalecer a equipe de pesquisa, dentre elas elaborar um guia de referências rápidas dedicado à estruturação de uma equipe de pesquisa.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E18	BARROS, L. G. O. 2018 Brasil Banco de Teses de Portugal	Proposta de modelo de elaboração orçamentária para projeto de pesquisa em hospitais de ensino.	Elaborar proposta de orçamento para projetos de pesquisa.
E19	VILLALBA, L. L. P. 2019 Brasil Biblioteca Digital USP	Contribuições da modelagem de processos para o controle financeiro: um guia para aplicação em um Centro de Pesquisa Clínica.	Propor um guia para o auxílio na identificação de oportunidades de melhorias no controle financeiro de um Centro de Pesquisa Clínica por meio da modelagem de processos. Para tanto, realizou-se um estudo de caso utilizando a notação *Business Process Model and Notation* (BPMN).
E20	AREDES, E. L. 2020 Brasil Biblioteca Digital USP	*Framework* de processos para a gestão de centros de pesquisa clínica.	Desenvolver um *framework* de processos de negócios para a gestão dos Centros de Pesquisa Clínica.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E21	ILANA, G. G. F. 2021 Brasil Biblioteca Digital USP	Desenvolvimento e validação de um sistema on-line de gerenciamento para centros de pesquisa clínica.	Desenvolver e validar um sistema online de gerenciamento para centros de pesquisa clínica. Elaborar o instrumento e validar o conteúdo de um questionário eletrônico baseado na qualidade em uso de um sistema on-line de gerenciamento de pesquisa clínica; Verificar a satisfação dos usuários e potenciais usuários utilizando o *Net Promoter Score* (NPS); Identificar os benefícios e possibilidades de melhorias do sistema.
Tema principal: Diagnóstico situacional			
E22	FERNANDES, C. X. 2018 Brasil BDTD	Diagnóstico situacional e apresentação de um programa de acompanhamento para projetos de pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF).	Realizar um diagnóstico situacional das pesquisas desenvolvidas no HU-UNIVASF e elaborar um programa de acompanhamento para projetos de pesquisa na instituição.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
E25	SILVA, E. R. R. 2018 Brasil Banco de Teses de Portugal	Desenvolvimento do plano de gestão para reestruturação do Núcleo de Ensaios Clínicos da Bahia.	Diagnosticar a situação atual da pesquisa clínica no Hospital Universitário Professor Edgard Santos; identificar os fatores que viabilizam o efetivo desenvolvimento das atividades de pesquisa e elaborar um plano de gestão para reestruturação do Núcleo
E23	WILLIAMS, E. *et al.* 2020 Estados Unidos da América Referências*	*Improving the Time to Activation of New Clinical Trials at a National Cancer Institute–Designated Comprehensive Cancer Center.*	Identificar quanto tempo leva para ativar um novo ensaio clínico em um centro de câncer abrangente designado pelo *National Cancer Institute* e quais são as barreiras para encurtar esse tempo.
E24	GASETA, C. 2020 Brasil Banco de Teses de Portugal	Maturidade em Gestão de Projetos: uma avaliação em hospitais universitários públicos do Estado de São Paulo.	Realizar o diagnóstico da maturidade em gestão de projetos nos ambientes hospitalares com enfoque em hospitais públicos universitários do estado de São Paulo.

	Autores, Ano Países Bases de dados	Título	Objetivos
Tema principal: Financeiro			
E26	PALLER, M. S.; HOSTETLER, L.; DYKHUIS, D. A.. 2002 Estados Unidos da América Referências*	*Clinical Trials at AHCs: The Perspective of an Academic Clinical Trials Office.*	Os autores discutem a justificativa para a criação de um escritório de ensaios clínicos centralizado e os meios de financiamento de tal esforço. Descrevem as experiências iniciais de um escritório central de ensaios clínicos (RSO) no Centro de Saúde Acadêmico da Universidade de Minnesota, analisam o valor de tal escritório para o centro de saúde acadêmico e, com base em suas experiências com a RSO e em outros lugares, consideram como a indústria e a academia podem aprimorar ainda mais suas colaborações.
E27	PALLER, M. S.; CERRA, F.B. 2006 Estados Unidos da América Referências	*Investing in Research: The Impact of One Academic Health Center's Research Grant Program.*	Os autores relatam sua experiência no Centro de Saúde Acadêmica (CSA) da Universidade de Minnesota com dois programas internos de subsídios.
Tema Principal: Políticas públicas			
E28	PARANHOS, J. *et al.* 2022 Brasil Referências*	As prioridades de saúde e a articulação com as políticas de indústria e CT&I no Brasil entre 2003 e 2017.	Apresentar uma análise *ex-post* das políticas de indústria e ciência, tecnologia e inovação (CT&I) para o Complexo Industrial da Saúde, entre 2003 e 2017 no Brasil, sob a perspectiva do valor público da saúde

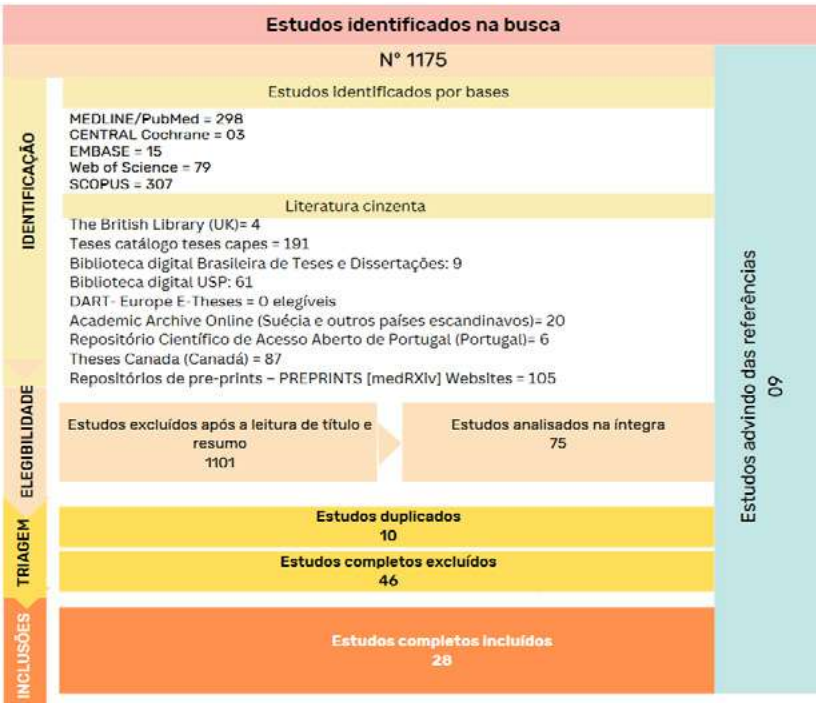
Fonte: Elaborado pelos autores

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O JBI, em Tricco *et al.* (2018), recomenda que os resultados sejam apresentados de forma resumida, de tal modo que seja possível demonstrar o panorama dos estudos encontrados sobre o tema. Assim, esta revisão focou na caracterização das ferramentas, modelos, estratégias e caminhos percorridos pela gestão das pesquisas clínicas nos hospitais de ensino.

Encontraram-se 1.175 estudos nas bases de dados e repositórios, conforme apresentada na Figura 1. Desses, excluíram-se 10 publicações por estarem duplicadas. Seguindo o fluxo planejado, excluíram-se 1.101 após a leitura do título e resumo, permanecendo 75 estudos, os quais foram lidos na íntegra. Nessa etapa, identificaram-se 9 novas publicações advindas das referências. Além disso, durante a leitura integral, 5 publicações geraram discordância por parte dos pesquisadores. Após discussão, acordou-se pela exclusão dessas 5 publicações por não atenderem ao PCC. Após a análise completa, excluíram-se 46 estudos por possuírem acesso restrito ou não abordarem o PCC da revisão de escopo, conforme critérios de exclusão descritos no Quadro 4, resultando em 28 estudos aderentes ao objeto de estudo. (Figura 1)

Figura 1: Fluxograma de identificação, triagem e inclusão de estudos



Fonte: Elaborado pelos autores.

Dos estudos selecionados, pode-se identificar que, em relação à temporalidade das publicações, a maior parte dos estudos foi publicada entre os anos de 2010 e 2019 (71%), conforme consta na Tabela 1, confirmando que as publicações referentes à temática Pesquisa Clínica estão em franca expansão (Caramori, 2013).

Tabela 1: Distribuição de ano de publicação das evidências

Década	Ano	Quantidade	N	%
1990 – 1999	1999	1	1	4
2000 – 2009	2002	1	2	7
	2006	1		
2010 – 2019	2013	2	19	71
	2014	1		
	2015	2		
	2016	1		
	2017	3		
	2018	7		
	2019	3		
2020 – 2023	2020	4	5	18
	2022	1		
		Total: 28		

Fonte: Elaborado pelos autores.

Quanto ao país de origem dos estudos, verificou-se que foram publicados pelos Estados Unidos da América (EUA) oito deles (E1, E3, E5, E7, E8, E23, E26, E27), confirmando o grande investimento do país na área, onde predominam as pesquisas clínicas ocorridas mundialmente, 36% são realizadas nos EUA, de acordo com a plataforma *Clinicaltrials.gov* (United States, 2023).

Tabela 2: Distribuição de evidências por país de origem

Continente	País	Quantidade	Total	%
América do Norte	Estados Unidos da América	8	8	28.6
Europa	Suíça	1	3	10.7
	Inglaterra	1		
	Finlândia	1		
América do Sul	Brasil	17	17	60.7
		28	28	100%

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação ao tipo de publicação, os dados mostraram que mais da metade das produções analisadas, 17 ao total (E2, E4, E9, E11, E12, E13, E14, E16, E17, E18, E19, E20, E22, E24, E25), são resultantes de mestrados e doutorados de instituições nacionais que tiveram como objetos de pesquisas a gestão das pesquisas clínicas nos últimos anos, revelando que os programas *strictu sensu* estão atentos à necessidade de fomentar conhecimento nesta área.

A partir da leitura dos materiais, verificou-se que os resultados tratavam de alguns temas principais, que, para melhor visualização, foram agrupados como: Gerenciamento de Pesquisa Clínica, Ferramentas, Diagnóstico Situacional, Financeiro e Políticas Públicas.

Gerenciamento

Os estudos que foram agrupados neste tópico versaram sobre estratégias, formas, experiências de gerenciamento das pesquisas clínicas ou dos CPC.

Strasser *et al.* (2013) apresentam um breve resumo dos procedimentos de um Workshop Anual de Gerenciamento de Pesquisa Clínica. Os principais temas discutidos entre os participantes do evento, ocorrido em junho de 2012, foram a utilização de dados para avaliar, modificar e melhorar o gerenciamento de Pesquisa Clínica.

Zanotto (2017) desenvolveu um modelo para o gerenciamento de projetos de pesquisa voltado ao cenário público-privado e privado. A autora criou um modelo que pretende conferir aos Centros de Pesquisa Clínica (CPC) características como: que haja uma melhor definição do escopo de cada projeto, que os custos e prazos possuam baixa margem de variabilidade, que se estabeleça uma boa comunicação entre as partes envolvidas e que o impacto econômico do gerenciamento possa ser reconhecido.

Outro estudo, relatado por Johantgen *et al* (2017), descreveu as infraestruturas de apoio à pesquisa nos hospitais Magnet® (no início da década de 1980, o termo "Magnet" foi desenvolvido pela Academia Americana de Enfermagem para descrever hospitais que conseguiam atrair e reter enfermeiros) e concluiu que esses hospitais utilizam uma variedade de recursos e arranjos de mentores para apoiar a pesquisa e a prática baseada em evidências.

Franzão (2018) mapeou os principais processos de gestão de pesquisa clínica realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e no Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFMG), apontando os principais indicadores no mapeamento dos processos relacionados à gestão da Pesquisa Clínica patrocinada.

Tsikis *et al.* (2019) abordaram a implementação de um programa de infraestrutura robusto que reduziu as barreiras à Pesquisa Clínica no envolvimento do corpo docente cirúrgico. Foi demonstrado um aumento na atividade de pesquisa após o fornecimento de um eixo centralizado para orientação regulatória, orientação e análise de banco de dados, recrutamento e inclusão de pacientes, recursos de coletas de dados e suporte ao desenvolvimento das pesquisas. Os resultados provisórios mostram uma alta utilização dos serviços do programa em todas as divisões do departamento, um aumento substancial em novas pesquisas clínicas, mais candidaturas submetidas a agências de fomento e um alto nível de satisfação.

A estrutura e o trabalho do Instituto Nacional de Pesquisa em Saúde (NIHR) foram abordados por Moran *et al.* (2019), que buscou explicar por que, apesar de seu sucesso como sistema de pesquisa em saúde e melhoria contínua local, ele acreditava no valor de uma atividade de melhoria contínua em toda a organização. A mudança de cultura é amplamente reconhecida como imensamente desafiadora, especialmente em uma organização tão grande e distribuída. O maior desafio é permitir que todos os funcionários e partes interessadas do NIHR participem do ciclo de melhoria contínua, mas que, quando enfim implantados, os ciclos de melhoria impactem em benefícios nos processos.

A pesquisa de Deglise-Hawkinson *et al.* (2020) buscou criar uma metodologia de engenharia e gerenciamento de operações para otimizar o planejamento e a coordenação operacional enfrentados por centros que realizam Pesquisa Clínica. Segundo os autores, esse novo método, denominado CApacity Planning Tool And INformática (CAPTAIN), busca resolver três problemas inter-relacionados: (i) seleção de um portfólio de candidatos a ensaios clínicos; (ii) criação do BRPlan (Plano de Reservas) diário, que é um plano de alocação de capacidade que reserva vagas para as visitas experimentais; e (iii) construção de um cronograma diário de enfermagem.

Ferramentas

O estudo em tela encontrou 14 artigos sobre desenvolvimento de novas ferramentas ou aplicação de ferramentas ou programas para o gerenciamento das pesquisas clínicas**.**

O estudo de Ecklund (1999) abordou o estabelecimento de uma rede de contatos de Pesquisa Clínica na Universidade de Iowa, que provou ser um mecanismo de sucesso no fomento da comunicação, possibilitando muitas trocas de experiências e auxílios entre coordenadores de pesquisa de uma instituição para o período em estudo. Na atualidade, o avanço da tecnologia e o estabelecimento da comunicação por redes têm possibilitado também o crescimento da Pesquisa Clínica, principalmente por favorecer as trocas de experiências e informações de forma instantânea.

Um método de elaboração de Arquitetura de Processos e sua aplicação em uma Instituição de Ensino Superior (IES) pública brasileira foi desenvolvido por Aredes (2013), permitindo conhecer de forma gráfica os processos que envolvem a condução das pesquisas clínicas.

Foi estudado por Halkoako *et al.* (2014) como o pensamento Lean – que ainda não foi testado no cenário de administração de pesquisas – pode ser implementado no ambiente de Pesquisa Clínica para melhorar processos de trabalho e serviços e investigar as necessidades do usuário na admissão da pesquisa (orientada para o cliente). Os resultados apoiam a implementação da gestão "*customer-oriented*" para melhorar seus processos de trabalho e prestação de serviços.

A utilização da Árvore da Realidade Atual (ARA) por Novaes (2015) mostrou-se eficiente no âmbito de Pesquisa Clínica para auxiliar a gestão de uma Unidade de Pesquisa Clínica (UPC), já que trata de um problema complexo, apontando oportunidades de melhoria – uma vez que conseguiu sintetizar as principais oportunidades de melhoria de um Centro de Pesquisa Clínica (CPC) – e direcionando os esforços dos gestores em ações específicas e estratégicas.

Na pesquisa de Faustino (2015), a autora desenvolveu e validou um questionário eletrônico capaz de medir o desempenho dos centros participantes da Rede Nacional de Pesquisa Clínica (RNPC) em uma auditoria de qualidade baseada nas Boas Práticas Clínicas (BPC). A presença de um gerente de qualidade pode ajudar a melhorar o desempenho em qualidade em CPCs.

Ao explorar o potencial de facilitação da promoção de *Business Process Management* (BPM) em uma UPC por meio do alinhamento com o planejamento estratégico, Rentes (2016) concluiu que a análise e estruturação inicial do processo de planejamento estratégico foi adequado como preparação para um primeiro ciclo de promoção de BPM na organização focal. Com base nas lições aprendidas durante o desenvolvimento, foi proposto um modelo de planejamento estratégico orientado à promoção de BPM.

A utilização da Árvore da Realidade Atual (ARA) como técnica de diagnóstico, além de fornecer uma análise que contempla as necessidades reais da organização, pôde ser relacionada com o sucesso da implementação de melhorias na pesquisa de Alves (2017). Esse estudo deve fornecer subsídios aos gestores de UPCs em relação à efetividade das práticas administrativas passíveis de serem adotadas, além de ser importante para pesquisadores que atuam com diagnóstico de processos e *Business Process Management* (BPM), ao apresentar a efetividade da utilização da ARA como técnica e relacionar as melhorias obtidas com os fatores críticos de BPM.

A trajetória do Clinical Trial Unit (CTU) Network, estabelecida há 10 anos na Suíça predominantemente em hospitais universitários, e a valorização das pesquisas clínicas conduzidas na Suíça foi estudado por Niederhäusern, Magnin e Pauli-Magnus (2018), que observaram que as vastas somas de investimento público em pesquisas clínicas acadêmicas influenciaram significativamente a forma como a qualidade na Pesquisa Clínica é percebida por todos os principais grupos de partes interessadas. Como resultado, foi criado um *framework* denominado "INQUIRE", que pode ser utilizado como guia prático para operacionalizar o conceito de valor dentro da rede CTU.

Lins (2018) desenvolveu o planejamento estratégico para a implantação do Centro de Pesquisa Clínica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HCUFPE) através do método do *Balanced Scorecard*.

No estudo de Finatto (2018), buscou-se adaptar e testar a aplicabilidade de uma ferramenta de gestão aliada à Pesquisa Clínica no contexto da Unidade de Pesquisa Clínica do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), verificando-se que a adaptação da ferramenta ao contexto da UPC do HUSM demonstrou-se útil na gestão racional de recursos humanos. A

matriz de responsabilidades trouxe como resultados o dimensionamento da equipe e a necessidade de treinamentos específicos para os novos integrantes da equipe. A sua aplicação trouxe como resultado a elaboração de um guia de referências rápidas destinado à equipe de Pesquisa Clínica.

O estudo de Barros (2018) utilizou a técnica de microcusteio para o orçamento de projetos de pesquisa, por meio de planilhas voltadas para esse fim. Pode-se, assim, determinar de forma mais precisa a viabilidade financeira de cada projeto de pesquisa, bem como melhorar a adequação financeira institucional com o seu implemento no CPC, permitindo melhorar a adequação financeira institucional.

Já a pesquisa de Villalba (2019) propôs um guia para o auxílio na identificação de oportunidades de melhorias no controle financeiro de um CPC por meio da modelagem de processos. Para tanto, realizou-se um estudo de caso utilizando a notação do inglês *Business Process Model and Notation* (BPMN). Os resultados obtidos evidenciaram que o novo modelo de processo foi considerado mais claro, eficiente e com potencial de auxiliar na redução e eliminação dos problemas relacionados ao controle financeiro do CPC.

O uso empírico do *Business Process Manager* (BPM) foi proposto por Aredes (2020) pelo potencial de sua aplicação na gestão das pesquisas, gerando um método que pode ser reutilizado para a criação de *frameworks* em outras áreas do conhecimento.

Ilana (2021) aponta que são escassas as ferramentas gerenciais para organizar as atividades de um CPC. Dessa forma, ela desenvolveu e validou um sistema on-line de gerenciamento para CPC. Foi realizada validação interna das funcionalidades e validação externa por seis especialistas, por meio de validação de conteúdo de um questionário eletrônico elaborado para análise do uso do sistema.

Diagnóstico Situacional

Em relação à temática Diagnóstico Situacional das pesquisas ou dos Centros de Pesquisas Clínicas (CPC), a busca em tela retornou quatro estudos.

Fernandes (2018), ao realizar um diagnóstico situacional das pesquisas desenvolvidas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do

São Francisco (HU-UNIVASF) e elaborar um programa de acompanhamento para projetos de pesquisas na instituição, concluiu que ela apresentava uma carência de fluxos internos de monitoramento e apoio aos pesquisadores, entretanto apresentava grandes potencialidades como campo de investigação em diversas áreas da saúde na região do Vale do São Francisco.

Ao diagnosticar a situação atual da Pesquisa Clínica no Hospital Universitário Professor Edgard Santos e identificar os fatores que viabilizam o efetivo desenvolvimento das atividades de pesquisa, Silva (2018) elaborou a Matriz SWOT e construiu o Mapa Estratégico do Núcleo de Ensaios Clínicos da Bahia, baseado no *Balanced Scorecard,* com 12 objetivos estratégicos, acompanhados de um Plano de Ação com 12 metas e 35 iniciativas para alcance dos objetivos traçados.

O tempo que leva e os caminhos percorridos para ativar um ensaio clínico em um CPC foram investigados por Williams *et al.* (2020). Segundo os autores, esse tempo pode afetar diretamente que cuidados inovadores e de última geração cheguem aos pacientes. Assim, os pesquisadores buscaram mapear o processo de ativação de um ensaio clínico e aplicaram a melhoria de qualidade clássica e a metodologia Seis Sigma para determinar gargalos e desperdício de tempo.

Já o escopo do estudo de Gaseta (2020) foi o diagnóstico da maturidade em gestão de projetos nos ambientes hospitalares, com enfoque em hospitais públicos universitários do estado de São Paulo, verificando que o não reconhecimento da importância da utilização da gestão de projetos como ferramenta de gestão acarreta prejuízos. Também concluiu que a aplicação dos modelos de maturidade torna-se ainda mais interessante quando realizada em hospitais universitários, ambientes de produção do conhecimento, inovação e atendimento aos usuários por meio de diretrizes estabelecidas pelo Sistema Único de Saúde.

Financeiro

Quanto ao tema finanças e gestão financeira, dois estudos abordaram o controle financeiro ou o financiamento dos Centros de Pesquisa Clínica (CPC).

O estudo de Paller, Hostetler e Dykhuis (2002) propôs a criação de um escritório central de ensaios clínicos (RSO) no Centro de Saúde Acadêmico da Universidade de Minnesota e os meios de financiamento de tal esforço,

concluindo que centros de saúde acadêmicos contemplando escritórios de desenvolvimento de ensaios clínicos devem estar cientes do custo indireto significativo associado à avaliação da adequação e viabilidade das propostas de ensaios clínicos que podem nunca ser executados. Valiosas lições aprendidas ao trabalhar com patrocinadores e investigadores foram descritas.

Em outro estudo feito por Paller, Hostetler e Dykhuis (2002), também na Universidade de Minnesota, avaliou programas internos de subsídios. Os autores concluíram que um programa de subsídios foi bem-sucedido na geração de fundos de pesquisa externos (principalmente Institutos Nacionais de Saúde) e publicações, no estímulo à assunção de riscos e no desenvolvimento da colaboração interdisciplinar e intercolegial. Eles planejam continuar com esse programa de subsídios e recomendam programas semelhantes em outras instituições.

Políticas Públicas

Quanto à temática das políticas públicas e gestão das pesquisas clínicas, encontrou-se apenas um estudo. Após uma análise *ex-post* das políticas de indústria e ciência, tecnologia e inovação, entre 2003 e 2017, para o Complexo Industrial da Saúde no Brasil, e sob a perspectiva do valor público da saúde, Paranhos *et al.* (2022) concluíram que as prioridades na área de saúde não são claras e objetivamente definidas pelo Ministério da Saúde, destacando-se a necessidade de um alinhamento institucional interno no Ministério para maior clareza e objetividade na definição de suas prioridades e planejamento. Para esse estudo, foram escolhidos apenas os eixos e diretrizes que possuíam metas associadas à indústria farmacêutica, selecionando as medidas diretamente relacionadas com a produção e/ou desenvolvimento de medicamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados desta revisão compreenderam estudos que abordaram as temáticas gerenciamento de Pesquisa Clínica, ferramentas, diagnóstico situacional, financeiro e políticas públicas.

A gestão das pesquisas clínicas foi abordada de forma ampla, contemplando tanto a aplicação de instrumentos já existentes quanto o desenvolvimento de novas ferramentas voltadas ao aprimoramento do gerenciamento dos Centros de Pesquisa Clínica (CPC). A pesquisa também incorporou estudos voltados ao diagnóstico da situação de CPCs, bem como a análise de modelos de financiamento e políticas públicas aplicadas à gestão da Pesquisa Clínica em hospitais universitários, contribuindo para a construção de estratégias mais eficazes e sustentáveis no contexto institucional.

Como limitações deste estudo, destaca-se a escassez de resultados diretamente aplicáveis à temática investigada, mesmo com a utilização criteriosa de descritores e bases de dados científicos consagradas, sendo a Medline via Pubmed a que apresentou maior aderência à proposta. Diante desse cenário, buscou-se mitigar essa limitação por meio do aprofundamento na literatura cinzenta, cuja contribuição se revelou significativa ao oferecer publicações alinhadas ao escopo da pesquisa.

É recomendável que futuros estudos ampliem o escopo dos descritores e explorem novas bases de dados, nacionais e internacionais, de modo a aprofundar o conhecimento sobre a gestão da Pesquisa Clínica – ainda um campo incipientemente tratado na literatura especializada, sobretudo no contexto dos hospitais universitários brasileiros.

Por fim, cabe enfatizar que esta investigação não se propôs indicar nem qualificar ferramentas, modelos ou métodos considerados ideais para o gerenciamento dos CPC em hospitais universitários, mas sim contribuir para a compreensão crítica do atual cenário e fomentar reflexões que subsidiem o fortalecimento da governança e da eficiência desses centros no ambiente hospitalar acadêmico.

REFERÊNCIAS

ALVES, Elisa França Leôncio. **Diagnóstico em BPM:** uma investigação longitudinal sobre os resultados da aplicação da árvore da realidade atual em uma UPC. 2017. Dissertação (Mestrado em Administração de Organizações) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017. DOI:10.11606/D.96.2017.tde-30102017-154718. Acesso em: 22 fev 2021.

AREDES, E. L. **Método de elaboração de Arquitetura de Processos para a promoção de Gestão por Processos em instituições de ensino superior públicas.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2013. DOI: 10.11606/D.96.2013.tde-22012014-163145. Acesso em: 08 mar. 2023.

AREDES, E. L. **Framework de processos para a gestão de centros de pesquisa clínica**. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Administração de Organizações, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, USP, São Paulo, 2020. DOI: 10.11606/T.96.2020.tde-01122020-113937. Acesso em: 10 mar. 2023.

BARROS, L. G. O. **Proposta de modelo de elaboração orçamentária para projeto de pesquisa em hospitais de ensino.** Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/181264. Acesso em: 06 fev. 2023

CARAMORI, Carlos Antonio. **Institucionalização da Pesquisa Clínica na Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) – UNESP**. Texto (Livre-Docência) – Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP, Botucatu, 2013. Disponível em: https://books.google.com.br/books?id=K2dbBAAAQBAJ&printsec=frontcover. Acesso em: 06 mar. 2023.

UNITED STATES. National Library of Medicine. **ClinicalTrials.gov**. Bethesda, MD: National Institutes of Health, [2023]. Disponível em: https://clinicaltrials.gov. Acesso em: 01 mar. 2023.

DEGLISE-HAWKINSON *et al.* Access Planning and Resource Coordination for Clinical Research Operations. **IISE Trans.**, v. 52, n. 8, p. 832-849, 2020. DOI: 10.1080/24725854.2019.1675202. Epub 2019 Dec 13. PMID: 33043230; PMCID: PMC7540938. Acesso em: 15 mar. 2023.

DOMBERNOWSKY, T.; HAEDERSDAL, M.; LASSEN, U.; THOMSEN, S. F. Clinical trial allocation in multinational pharmaceutical companies – a qualitative study on influential factors. **Pharma. Res. Perspectives**, v, 5, n. 3, jun. 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1002/prp2.317. Acesso em: 06 fev. 2023.

EBSERH. Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes - Hucam. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023**. Universidade Federal do Espírito Santo. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. 2021. Disponível em: https://hucam.ebserh.gov.br/. Acesso em: 22 abr. 2023

ECKLUND, D. J. Establishing a research coordinator network: the birth of an idea. **J. Nurs. Adm.**, v. 29, n. 1, p. 20-25, jan. 1999. DOI: 10.1097/00005110-199901000-00004. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9921145/. Acesso em: 20 jan. 2023

FAUSTINO, G. G. **Indicadores referentes à gestão da qualidade em centros da Rede Nacional de Pesquisa Clínica**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: https://mpgos.fmrp.usp.br/wp-content/uploads/sites/163/2018/05/dissertação_final_gabriela.pdf. Acesso em: 05 mai. 2023.

ILANA, G. G. F. **Desenvolvimento e validação de um sistema on-line de gerenciamento para centros de pesquisa clínica**. 2021. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021. doi:10.11606/T.17.2021.tde-29042024-160337. Acesso em: 2025-10-13.

FERNANDES, C. X. **Diagnóstico situacional e apresentação de um programa de acompanhamento para projetos de pesquisa no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF).** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/188879. Acesso em: 10 abr. 2023

FINATTO, L. C. **Aplicabilidade da Matriz RACI no cenário da unidade de pesquisa clínica do Hospital Universitário de Santa Maria.** Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/188969. Acesso em: 02 nov. 2022

FRANZÃO, J. F. **Mapeamento de processos de gestão de projetos de pesquisa clínica patrocinada baseado na disciplina de Business Process Management – BPM.** Dissertação (Mestrado em Pesquisa Clínica) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/188287. Acesso em: 10 nov. 2022

GASETA, C. **Maturidade em Gestão de projetos: uma avaliação em hospitais universitários públicos do Estado de São Paulo.** Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Aplicadas, Unicamp, Campinas (SP), 2020. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNICAMP-30_e2eae7b0bf120137a28e2f0feedc7cff. Acesso em: 15 nov. 2022

GEHRING, M.; TAYLOR, R. S.; MELLODY, M; CASTEELS, B.; PIAZZI, A.; GENSINI, G.; AMBROSIO, G. Factors influencing clinical trial site selection in Europe: The Survey of Attitudes towards Trial sites in Europe (the SAT-EU Study). **BMJ Open**, n. 3, e002957, 2013 DOI: 10.1136/bmjopen-2013-002957. Disponível em: https://bmjopen.bmj.com/content/3/11/e002957. Acesso em: 10 dez. 2022

HALKOAKO, A *et al.*. Can Lean Thinking enhance research administration? **Journal of Hospital Administration**, v. 3, n. 2, p. 61-68, 2014. DOI: 10.5430/jha.v3n2p61

JOHANTGEN, M. *et al.* Building Research Infrastructure in Magnet® Hospitals: Current Status and Future Directions. **The Journal of Nursing Administration**, v. 47, n. 4, p. 198–204, 2017. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000465. Acesso em: 08 fev 2022.

LINS, R. S. M. **Desenvolvimento Do Plano Estratégico para o Centro De Pesquisa Clínica do Hospital De Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco**. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações: BDTD. 2018. http://hdl.handle.net/10183/182071

MORAN, R.; BUTT, J.; SIMON, H. *et al.* Health research systems in change: the case of 'Push the Pace' in the National Institute for Health Research. **Health Research Policy and Systems,** n. 17, 37, 2019. DOI:10.1186/s12961-019-0433-2

NIEDERHÄUSERN, B.; MAGNIN, A.; PAULI-MAGNUS, C. The impact of clinical trial units on the value of clinical research in Switzerland. **Swiss Med Wkly,** v. 148, p. w14615, 2018. DOI: 10.4414/smw.2018.14615. Acesso em: 15 dez. 2022

NOVAES, M. T. **Aplicação da árvore da realidade atual para a identificação de oportunidades de melhoria em uma unidade de pesquisa clínica**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2015. DOI: 10.11606/D.17.2016.tde-06112015-114535.

PALLER, Mark S.; HOSTETLER, Lisa; DYKHUIS, Debra A. Clinical Trials at AHCs: The Perspective of an Academic Clinical Trials Office. **Academic Medicine,** v. 77, n. 12, Part 1, p. 1201-1206, 2002. DOI:1097/00001888-200212000-00008. Acesso em 15 dez 2022.

PALLER, M. S.; CERRA, F. B. Investing in research: the impact of one academic health center's research grant program. **Academic Med.**, v. 81, n. 6, p. 520-526, jun. 2006. DOI: 10.1097/01.ACM.0000225214.22831.26. PMID: 16728799.

PARANHOS, J. *et al.* As prioridades de saúde e a articulação com as políticas de indústria e CT&I no Brasil entre 2003 e 2017. **Novos estudos CEBRAP**, n. 121, p. 69-89, 2022. DOI: 10.25091/S0101-3300202201210005. Acesso em 15 abr 2023

PETERS, M. D. J.; GODFREY, C.; MCINERNEY, P.; MUNNS, Z.; TRICCO, A. C.; KHALIL, H.. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: AROMATARIS, E.; MUNN, Z. (Eds.). **JBI Reviewer's Manual**, JBI, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12. Acesso em: 29 dez. 2022.

RENTES, V. C. **Implementação de processo de planejamento estratégico orientado para promoção de business process management (BPM) em uma unidade de pesquisa clínica Ribeirão Preto**. 2016. 173 f. Dissertação (Mestrado em Economia, Administração e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 2016. DOI: 10.11606/D.96.2017.tde-06012017-150453.

RUSSO, D. *et al.* Missed opportunities in the prevention and diagnosis of pediatric tuberculosis: a scoping review. **Jornal de Pediatria,** v. 100, n. 4, p. 343–349, jul.-ago, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jped.2023.10.009.

SILVA, E. R. R. **Desenvolvimento do plano de gestão para reestruturação do Núcleo de Ensaios Clínicos da Bahia.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/181263. Acesso em: 21 abr. 2023

SILVA NETO, B. R. (Org.). **Medicina**: longe dos holofotes, perto das pessoas. Paraná: Atena, 2021. *E-book*, 215 p. ISBN 978-65-5983-564-5. Disponível em: https://doi.org/10.22533/at.ed.645210810. Acesso em: 29 dez. 2022.

STRASSER, J. E. *et al.* Evaluating various areas of process improvement in an effort to improve clinical research: discussions from the 2012 Clinical Translational Science Award (CTSA) Clinical Research Management workshop. **Clinical and translational Science**, v. 6, n. 5, p. 317–321, 2013. DOI: 10.1111/cts.12073.

TRICCO, A. C; LILLIE, E.; ZARIN, W. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, Pensilvânia, v. 7, n. 169, p. 467-473, out. 2018. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30178033/. Acesso em: 29 dez. 2022.

TSIKIS, S. et al. Design and Implementation of an Infrastructure Program to Support Clinical Research in Surgery**. The Journal of Surgical Research**, v. 241, p. 264-270, 2019. DOI: 10.1016/j.jss.2019.03.044. Acesso em: 29 dez. 2022.

VILLALBA, L. L. P. **Contribuições da modelagem de processos para o controle financeiro: um guia para aplicação em um Centro de Pesquisa Clínica**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2019. 173 f. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/96/96132/tde-09082019-155225/. Acesso em:.

WILLIAMS, E. et al. Improving the Time to Activation of New Clinical Trials at a National Cancer Institute–Designated Comprehensive Cancer Center**. JCO Oncology Practice**, v. 16, n. 7, p. e661–e669, 2020. DOI: 10.1200/OP.19.00325. Acesso em: 29 dez. 2022

ZANOTTO, A. D. **Modelo de Gerenciamento de Projetos para a Pesquisa Clínica.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2017. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/handle/10183/181299. Acesso em: 29 dez. 2022

9

MARIA EDLA DE OLIVEIRA BRINGUENTE
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
IVONE EVANGELISTA CABRAL
JULIA DA SILVA PAPI DINIZ
MICHELE DA SILVA
EDNA CASTRO DE OLIVEIRA

REFLEXÃO SOBRE O PENSAMENTO DE PAULO FREIRE NO CUIDADO, GESTÃO E EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

(In memoriam)

Dedicamos este trabalho à nossa querida e saudosa Luzimar dos Santos Luciano pela saudável parceria e crença em Paulo Freire, em que "a educação transforma o mundo"

INTRODUÇÃO

As concepções de Paulo Freire vêm sendo estudadas de forma viva e atual em muitas áreas do conhecimento humano. A multiplicidade dos estudos que se desenvolvem tomando o pensamento e a prática de Freire como referências, em diferentes áreas do conhecimento ao redor do mundo, são indicações da grande vitalidade do seu pensamento (Saul, 2012). Nas diversas obras que escreveu há mais de 50 anos, ele é considerado um clássico, sem ter se emoldurado num processo de engessamento. Paulo Freire "nos anima", no sentido de que nos enche de alma, de ânimo, de vida, e, nesse sentido, o seu pensamento é altamente inspirador (Cortella, 2011).

O pensamento de Freire inspira muitos pensadores ao redor do mundo e, em especial, do Brasil, estimulando centenas de estudiosos a se reunirem em torno de suas obras, relendo-as, reinterpretando-as e atribuindo-lhes velhos e novos sentidos (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017). A aplicação do seu pensamento à realidade cada vez mais tem sido necessária e extraído saberes, conhecimentos e práticas que são sistematizados

como epistemologias vivas (Mejía; Paz, 2015). Paulo Freire ensina a fazer educação em saúde, com boniteza, com alegria, com amorosidade, com criatividade, com responsabilidade e com compromisso (Prado; Schmidz, 2016). Pois a educação, é uma forma de intervenção no mundo (Freire, 1986).

A enfermagem tem se inspirado em Paulo Freire e procurado reinventá-lo, no seu cotidiano de trabalho, por meio de sua prática no ensino, na pesquisa e na assistência. A enfermagem enriquece os fundamentos teóricos e metodológicos da arte do cuidado do ser humano como um ser ontológico, de diálogo e de cultura, usando os fundamentos de Freire quanto à dialética opressor/oprimido de práxis, de conscientização, de autonomia, de educação bancária/libertadora, problematizadora, participativa e inclusiva, de denúncia e anuncio, de humanização, de *empowerment*, de emancipação, de transformação, entre outras concepções que, tomadas como categorias (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017), vêm sendo estudadas na enfermagem e têm contribuído, de forma significativa, para a sua formação profissional (Prado; Schmidz, 2016; Freire, 1986; Costa *et al.*, 2018; Brasil, 2001).

O enfermeiro, ao longo do seu crescimento profissional, tem procurado responder aos desafios de sua formação, no seu cotidiano de trabalho, em especial no tocante ao seu papel social no contexto da educação e da promoção à saúde. Tem procurado, de forma lenta e progressiva, substituir o paradigma hegemônico da educação bancária pela adoção da pedagogia crítica, criativa, participativa, problematizadora e libertadora, na abordagem da sua formação, na pesquisa e nas práticas do cuidado da saúde humana (Freire, 2005, 1996, 2016).

Por meio da sua obra, Freire (1986, 1996, 2005, 2016) faz o chamado a todos que o estudam e vivenciam suas ideias na prática a terem esperança na educação como um ato político e uma forma de intervenção no mundo. Nesse sentido, tem-se como questão investigativa: como os pensamentos de Paulo Freire estão sendo reinventados pela enfermagem, observando as suas perspectivas e proposições epistemológicas e trabalhando-as à luz de suas teorias e práticas, nos diversos cenários de atuação profissional e em seus cuidados de ser humano no âmbito individual e coletivo?

Frente a essas questões, este estudo tem como objetivo refletir sobre as contribuições do pensamento filosófico de Paulo Freire na enfermagem.

MÉTODOS

Desenho da reflexão

Este é um estudo de reflexão teórica, com base em um levantamento bibliográfico nas bases de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Medline (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem), que buscou compreender como o pensamento filosófico freiriano vem sustentando a prática crítica e criativa da enfermagem.

Procedimentos metodológicos

A questão orientadora da reflexão foi: "Quais são as contribuições do pensamento de Paulo Freire na enfermagem?" Para a seleção dos textos publicados, utilizaram-se os descritores controlados dos Descritores em Ciências da Saúde/ Medical Subject Headings "Cuidados de Enfermagem", "Educação em Enfermagem" e "Enfermagem", associados à palavra-chave "Paulo Freire". Optou-se pela utilização da palavra "Paulo Freire" pois foi a estratégia de busca mais sensível, possibilitando obter-se o maior número de potenciais resultados sobre a temática. Desse modo, procedeu-se a combinação de diferentes maneiras desses descritores, buscando-se assunto, título e resumo para ampliar as buscas.

Os textos que atenderam aos critérios de inclusão foram recuperados e lidos na íntegra. As contribuições de Freire foram sumarizadas por dois pesquisadores independentes e as dúvidas foram discutidas com um terceiro revisor *expert* nos principais aspectos das evidências do pensamento de Freire na educação integrada ao cuidado de enfermagem. Dessas leituras, identificaram-se, na lista de referências, as obras de Paulo Freire comuns para que se aprofundasse sua matriz filosófica nesse movimento reflexivo.

Para o processo de análise, apreendeu-se a metateoria crítica de Paulo Freire em seus nexos com os conhecimentos da enfermagem. Extraíram-se, para a matriz de análise, o título, o ano e o participante do estudo, as categorias teórico-metodológica e teórico-pedagógica de Paulo Freire e o campo de atuação. Para a análise reflexiva, destacaram-se as obras que

constituíram o referencial teórico das publicações selecionadas (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017; Freire, 1986, 19969, 2005, 2016).

RESULTADOS

Foram inclusas 77 publicações, sendo 56 (72,8%) artigos indexados na base Lilacs; 16 (20,8%) na BDENF; 4 (5,2%) no Medline e 1 (1,2%) de literatura cinza. Os temas estudados relacionaram-se ao ensino sobre o cuidado de enfermagem, à assistência direta ao usuário do serviço e à gestão da assistência e de serviços da rede de atenção à saúde. Em relação ao campo de atuação, 42 dos artigos abordaram a dimensão assistencial, enquanto 35 a dimensão do ensino em enfermagem.

O pensamento crítico-reflexivo de Paulo Freire envolveu 98 pressupostos teóricos, fruto de palavras "grávidas de mundo" semeadas na densa obra de Paulo Freire, que orientaram os estudiosos às reflexões e discussões pedagógicas (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017; Freire, 1986, 1996, 2005, 2016).

Desse total, 46 desenvolveram análises baseando-se na **ontologia freiriana teórico-pedagógica** publicada nas obras *Educação como Prática da Liberdade*, *Pedagogia do Oprimido*, *Pedagogia da Autonomia* e *Pedagogia da Esperança* e na obra *Dicionário Paulo Freire*, que reúne as categorias (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017) estudadas por centenas de teóricos, explorando, em suas interpretações, conceitos tais como, pedagogia crítica, problematização/libertação/conscientização; diálogo/dialogicidade; crítico/criticicidade/reflexão, politicidade; liderança, situação-limite, oprimido/opressão/inclusão, empoderamento e autonomia; educação popular, cultura e interculturalidade, amorosidade/sensibilidade, dentre outras categorias estudadas na metateoria da pedagogia crítica de Paulo Freire.

O pressuposto **teórico-metodológico do Círculo de Cultura** foi utilizado em 30 estudos, sendo 12 aplicados à modalidade virtual, uma categoria reinventada com base na evolução tecnológica (Schwab, 2016) e largamente usada durante a pandemia de covid-19, abordando temas emergentes na formação e capacitação profissional, promovendo saúde

no enfrentamento da pandemia e no cuidado de população vulnerável. O Círculo de Cultura nesses estudos se constitui de um espaço de diálogo e interação no ensino, na assistência e na pesquisa para abordar temas de educação em saúde, promoção da saúde, avaliação de serviços e experiências com o adoecimento. O foco dos estudos perpassa por diferentes grupos humanos (criança, adolescente, mulheres, adultos e idosos em geral) e diversos cenários de prática (assistencial; formação; educação permanente; educação em saúde; e pesquisa).

DISCUSSÃO

As concepções e os fundamentos teóricos de Paulo Freire foram aplicados de forma cuidadosa e criativa integrados aos fenômenos estudados no cuidado da pessoa no âmbito individual e coletivo. As pesquisas usaram tanto o suporte teórico da educação quanto o suporte específico da enfermagem em relação à arte de cuidar de pessoas em processos agudos ou crônicos, como a dor em paciente oncológico, em cuidados paliativos, em complicações de pacientes em pós-operatório respiratório, em cuidados para alta de mulheres mastectomizadas, em cuidados de pacientes em Unidade de Terapia Intensiva, em pacientes com diabetes, entre outros cuidados (Souza *et al.,* 2021a; Heideman *et al.*, 2021; Xavier; Alvin, 2012; Rosa *et al.*, 2018; Martins; Alvim, 2012; Olympio; Alvim, 2018; Santos; Marcon, 2014; Massaroli *et al.*, 2015).

Como aspecto positivo e enriquecedor nesse processo, para a realização da leitura e análise desses fenômenos, utilizou-se o pluralismo teórico e metodológico em pesquisa (Mainardes, 2018). Dessa forma, recriando-se o cuidado de enfermagem, ousou-se reinventar Paulo Freire em situações-problema, por vezes densas e específicas, como a que é tratada em estudos que abordam a vulnerabilidade social extrema em população imigrante e junto aos profissionais de saúde diante da pandemia de covid-19 e o empoderamento de população de mulheres, indígenas e negros (Souza *et al.,* 2021a; Heideman *et al.*, 2021). Assim como em estudo visando a promoção da autonomia da mulher em consulta de enfermagem (Durand; Heidemann, 2013) ou que aponta contribuições freirianas para

entender o exercício da liderança dialógica dos enfermeiros no ambiente hospitalar (Amestoy *et al*., 2017).

Observou-se que os pesquisadores trabalharam, em seus estudos, os fundamentos teórico-epistemológicos dos princípios e teorias/categorias construídas com base no pensamento de Paulo Freire (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017), integrando-os de forma reflexiva, criativa e engenhosa ao contexto dos fenômenos do cuidado de enfermagem. Esses cuidados, construídos coletivamente com base nas realidades vividas pelas pessoas sadias ou doentes como sujeitos históricos, são trabalhados em seus aspectos físicos, culturais, sociais e antropológicos, como nascer, viver em risco iminente de morte, ser exilado do seu país, ficar doente e morrer de uma forma digna, humana e ética (Souza *et al.,* 2021a; Heideman *et al.*, 2021; Ferreira *et al.*, 2013; Moreira *et al.*, 2012).

Os estudos elaboraram diálogos da enfermagem com a educação no contexto da pedagogia crítica, problematizadora, dialógica, libertadora, de exclusão social, de dominação/opressão, que fundamentam a educação ética, humanista e emancipatória de Freire na enfermagem (Freire, 1996, 2005, 2016). A construção do conhecimento a partir dos sujeitos da aprendizagem, sendo eles enfermeiros, estudantes e usuários. Nesse contexto, todos tinham muito a ensinar e a aprender e, juntos, poderiam construir saberes e práticas sobre os cuidados com a saúde e a manutenção da vida (Dias *et al*., 2021). Esses estudos estiveram aliados aos processos de gestão dos serviços e de cuidados de pessoas, sadias ou doentes, usuários da atenção primária, família e cuidadores.

Os estudos voltados para a assistência evidenciaram, ainda, na sua construção, uma ousadia comprometida, de forma tímida, mas esperançosa (Freire, 2016), que enseja a superação do paradigma biologicista tão presente no ensino e na prática, aspecto que deve ser superado na formação profissional. Ressalta-se, aqui, as políticas educacionais objetivando a formação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS), desde as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (Brasil, 2001) até os programas que oportunizam essa integração, teoria-prática, ensino-serviço, universidade-comunidade, como os programas: PET-saúde, VER-SUS, residência profissional, educação permanente e programas de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* (Costa *et al*., 2018; Alencastro *et al.*, 2020; Soares; Gazzinelli; Souza, 2020; Valente; Andrade; Soares;

Silva, 2015; Silveira *et al.*, 2017; Amaral *et al,* 2018). Os estudos relatam experiências inéditas e exitosas.

Esses programas desenvolvem estudos em parceria com a academia, integrando docentes, discentes, profissionais do serviço e usuários, e essa integração tem sido objeto de estudos e de grandes projetos que visam reorientar a formação dos profissionais da área da saúde. Têm sido potencializados pelos programas de pós-graduação e, nesse contexto, os mestrados profissionais na enfermagem (Primo; Furieri, 2019). Esses mestrados trabalham com os objetos de estudo que os enfermeiros mestrandos têm como desafio no cotidiano de trabalho. Com isso, estreitam-se laços entre a academia e o serviço e fortalece-se a indissociável teoria-prática. Os mestrados profissionais produzem tecnologias, processos e produtos, objetivando impactar na qualidade dos cuidados ofertados aos usuários, à comunidade e à sociedade (Dias *et al.*, 2021; Alencastro *et al.*, 2020; Soares; Gazzinelli; Souza, 2020).

As pesquisas que integram ensino e assistência, produzidas a partir de uma realidade prática, com base na dialogicidade, na problematização, na criticidade, na opressão, na autonomia, no empoderamento (Streck; Redin; ZitkoskI, 2017; Valente; Andrade; Soares; Silva, 2015; Silveira *et al.*, 2017; Amaral *et al,* 2018; Guareschi, 2017; Caldas; Dias; Sousa; Teixeira, 2019), entre outras categorias, embasaram a construção de conhecimento sobre saúde e qualidade de vida, de forma coletiva, especificamente no contexto da atenção primária à saúde. Esse novo enfoque tem sido um desafio e uma prática em que o enfermeiro, de forma autônoma, tem avançado, contribuindo para o processo de empoderamento, de democratização de um saber, a partir do qual ele junto com os usuários constroem, de forma coletiva, novos saberes, conhecimentos e práticas (Prado; Schmidz, 2016; Primo; Furieri, 2019; Guareschi, 2017; Caldas; Dias; Sousa; Teixeira, 2019).

Nesse processo de cuidar, em relação ao processo de ensinar-aprender na concepção freiriana, ensinar é uma especificidade humana que exige alegria, esperança, afetos e convicção de que a mudança é possível usando a educação problematizadora e dialógica, residindo nesse processo a sua libertação e a sua emancipação humana (Freire, 2005, 2016; Guareschi, 2017; Caldas; Dias; Sousa; Teixeira, 2019).

Os estudos registraram resultados positivos em relação às práticas pedagógicas usando a dialogicidade, a solidariedade, a amorosidade/

sensibilidade, a criticidade e o empoderamento das pessoas que compartilharam saberes e conhecimento sobre hábitos de saúde e sobre o ensino do autocuidado às pessoas com agravos na saúde. Com esse compartilhamento, essas pessoas apresentaram posicionamentos críticos nas reinvindicações dos seus direitos e no controle das políticas públicas, fortalecendo a sua autonomia sobre o seu ser e viver. Mesmo em situações de singular vulnerabilidade social e de saúde, como nas complicações em crianças e familiares pelo zika vírus (Dias *et al.*, 2021), o processo educativo fundamentado em Freire sinalizou mudanças e explicitou o caráter político da educação e do cuidado (Freire, 1986, 2005, 2016; Brasil, 2001).

Ressalta-se que os estudos desenvolvidos voltados para a assistência, nos diversos níveis de atenção à saúde e no ensino, evidenciaram que a ontologia pedagógica freiriana promove mudanças e transformações sociais, convergentes com a autonomia e a libertação, na discussão do SUS. O mesmo ocorre com os estudos com proposta pedagógica de currículos de enfermagem, trazendo reflexões críticas e denúncias de violência e de práticas pedagógicas discriminatórias e conservadoras, ou com aqueles que buscaram um maior aprofundamento dos temas transversais, como a educação em saúde e a educação popular, na formação e na prática social desse profissional (Cordeiro *et al.*, 2020; Santana, M.; Gomes Filho; Santana; N., 2012; Weber, Vendruscolo; Adamy; Silva, 2020; Barbosa Junior *et al.*, 2018).

Há evidência, nesses trabalhos, de que enfermeiros, com as suas ações junto à equipe de saúde, ao paciente/usuário e à comunidade, querem promover mudanças, exaurir o paradigma biologisista e fortalecer suas práticas independentes, além de participar do processo de transformação nos aspectos dos cuidados clínicos dos problemas agudos, crônicos, degenerativos e dos agravos à saúde, nos vários contextos de sua prática. Também como educadores, querem contribuir nos aspectos políticos e sociais relacionados à educação, à promoção da saúde e ao bem-estar humano (Prado; Schmidz, 2016; Martins; Alvim, 2012; Olympio; Alvim, 2018; Santos; Marcon, 2014; Massaroli *et al.*, 2015; Durand; Heidemann, 2013; Caldas; Dias; Sousa; Teixeira, 2019; Cordeiro *et al.*, 2020; Santana, M.; Gomes Filho; Santana; N., 2012; Weber, Vendruscolo; Adamy; Silva, 2020; Barbosa Junior *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2020). Assim, o enfermeiro, na junção de suas competências como cuidador e

educador, procura materializar sonhos de luta por um mundo melhor, mais justo, inclusivo e igual, de cuidados mais humanos. Nesse contexto, tanto o cuidado como a educação colocam-se como ato de amor e de coragem (Freire, 1986, 1996, 2005, 2016).

As concepções de educação problematizadora, dialógica e crítico-reflexiva estiveram presentes nos estudos, que usaram mais de uma categoria, conferindo mais potência ao contexto da prática do enfermeiro e promovendo o diálogo, a autonomia e a interação entre estudantes, profissionais da saúde e usuários. A ação dialógica motivou as pessoas, sujeitos da aprendizagem, a adotarem uma postura crítica, participativa, libertadora e comprometida com a vida, a saúde e os seus ambientes de trabalho (Santos, Marcon, 2014; Massaroli *et al.*, 2015; Durand; Heidemann, 2013; Amestoy *et al.*, 2017; Ferreira *et al.*, 2013).

Para Freire (1986, p. 107), o diálogo, fundamento primeiro do seu método, "nasce de uma matriz crítica e gera criticidade, nutre-se do amor, da humildade, da esperança, da fé, da confiança". Por isso, só o diálogo comunica. Essas categorias foram escolhidas pelos pesquisadores como norteadoras de seus trabalhos, por instigarem e estimularem a reflexão crítica e criativa junto às equipes e aos usuários, especialmente a família/comunidade, fortalecendo, assim, as práticas educativas em saúde, pautadas nas reais necessidades da população. As dificuldades apresentadas pelos trabalhadores de enfermagem e usuários durante o desenvolvimento dos estudos denunciaram traços da educação bancária, domesticadora (Freire, 2005).

Em relação a teoria e método de Paulo Freire sistematizado no Círculo de Cultura (CC) (Freire, 1986; Brandão, 2017), esse foi considerado como espaço de promoção da horizontalidade dos saberes, da valorização da cultura local, do diálogo, da interação com a comunidade, bem como, pensando o sujeito perante as situações limites em um determinado contexto e produção (coletiva) do conhecimento, no qual, devido ao momento pandêmico, o CC virtual integrou o processo de cuidar (Souza *et al.*, 2021a; Heideman *et al.*, 2021).

Mesmo de forma virtual, usando as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) (Schwab, 2016), os CC foram espaços de lugar de fala, do diálogo dinamizador na busca de caminhos na construção de conhecimento e na condução dos problemas desafiadores tanto no âmbito da Atenção

Primária à Saúde, nos programas de extensão da universidade, quanto no âmbito da comunidade, na perspectiva da participação das políticas públicas de saúde e de soluções para os problemas da sociedade, em especial diante da covid-19. O CC também foi utilizado em estudos no contexto hospitalar, em unidade de terapia neonatal; nos programas de educação permanente; e na implantação e implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Esse referencial de Freire emergiu como espaço de discussão e reflexão crítica dos grupos, gerando saber, conhecimento e subsídios na tomada de decisões coletivas, visando à transformação da realidade dos pacientes/usuários/comunidade (Costa *et al.*, 2018; Vendruscolo *et al.*, 2021; Dalmolin *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2017).

Nessa perspectiva, o CC vem sendo utilizado na abordagem dos fenômenos individuais e coletivos como um método de construção do conhecimento elaborado a partir das necessidades reais, vivas, criativas, permeadas de valores humanos, sociais, históricos e culturais, colocando-se, com saberes e conhecimentos, aberto para a construção de novas teorias (Mejía; Paz, 2015). Traz para o campo da enfermagem o diálogo, que deixa de ser uma técnica de ação grupal e passa a ser o fio condutor de uma experiência didática que estimula os sujeitos/participantes a dizerem a sua própria palavra (Brandão, 2017; Vendruscolo *et al.*, 2021; Dalmolin *et al.*, 2016).

Nesse processo, a educação popular coloca-se como espaço de grandes discussões, com potencial de transformação da realidade por meio da emancipação dos sujeitos. Faz-se necessário que os profissionais de saúde aliem essa ferramenta ao seu trabalho com base no diálogo e em reflexões junto à população. Os fundamentos da educação popular de vocação transformadora de pessoas/usuários/comunidade e da sociedade constituem a busca de condições dignas de vida e a possibilidade de afirmação da identidade pessoal e social como uma das marcas da participação das classes populares nos movimentos sociais da modernidade. A universidade deve constituir-se em espaço privilegiado de discussões como garantia de formação de profissionais qualificados, conscientes e aptos a desempenhar o seu papel junto à população (Santana, M.; Gomes Filho; Santana; N., 2012; Dalmolin *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2017; Paludo, 2017).

Os estudos desenvolvidos pelos enfermeiros nas equipes da atenção primária, usando o CC de forma interdisciplinar, promoveram o

acolhimento, a dialogicidade, a problematização e a autonomia, criando espaços para os usuários expressarem suas necessidades de saúde e sociais, pois, a partir da realidade prática, das situações concretas, refletindo o conjunto das necessidades e aspirações desses usuários, os problemas de saúde foram trabalhados visando seu processo de transformação democrática e inclusiva (Heideman *et al.*, 2021; Lopes *et al.*, 2017).

O CC possibilita, também, que os conteúdos da educação em saúde, como um dos componentes da promoção à saúde, sejam identificados, analisados e discutidos pela população usuária da saúde e sua intervenção seja construída coletivamente. Assim, estrategicamente, a promoção à saúde, no que tange ao desenvolvimento de habilidades no âmbito pessoal e social, constituí espaço potencialmente privilegiado para o *empowerment* (empoderamento) individual e coletivo, no sentido de ativar o potencial criativo de alguém, como também de desenvolver e potencializar a capacidade das pessoas e dos grupos.

Na concepção do movimento do educador brasileiro Paulo Freire, entre outros, vem sendo proposta a noção alternativa de *empowerment* comunitário como um elemento-chave de politização das estratégias da nova promoção à saúde (Freire, 2005; Guareschi, 2017). Nesse processo, com base em Freire, considerara-se importante a valorização da participação da população no controle social dos serviços, o que recoloca o trabalho educativo realizado coletivamente numa nova perspectiva, possibilitando organizar estratégias para o enfrentamento dos fatores determinantes do processo saúde-doença. O *empowerment* busca ajudar indivíduos, famílias, grupos e comunidades a aumentarem a sua força pessoal, socioeconômica e política, além de exercer influência na melhoria de sua situação de vida (Heideman *et al.*, 2021; Dalmolin *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2017).

Os estudos de promoção à saúde junto à comunidade que usa o CC e os fundamentos da prática pedagógica problematizadora, dialógica e crítico-reflexiva discutem a necessidade de um trabalho educativo na perspectiva de apoiar as necessidades das pessoas, tanto no âmbito individual como no coletivo, para uma vida mais saudável, estabelecendo canais de comunicação com os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais, no sentido de viabilizar possíveis soluções de problemas. Ressaltam, ainda, o papel do setor da saúde, que deve promover mudanças, implementando a promoção à saúde, além das suas responsabilidades de prover serviços

clínicos e de urgência (Guareschi, 2017; Dalmolin *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2017; Paludo, 2017; Souza *et al.* 2021b; Chirelli; Sordi, 2021).

Nessa perspectiva, identifica-se a necessidade de uma nova formação para os enfermeiros, em que o ensino supere a educação bancária, com a adoção de uma prática pedagógica transformadora, com uma visão ampla do processo saúde-doença, cujas ações extrapolem o modelo biomédico (Prado; Schmidz, 2016; Barbosa Junior *et al.*, 2018; Oliveira *et al.*, 2016; Silva *et al.*, 2020; Lopes *et al.*, 2017). É necessário que as ações educativas emerjam das realidades concretas do usuário e da comunidade e que os conteúdos do ensino possam ser trabalhados coletivamente, de forma ampla e integrada.

Convêm ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (Costa *et al.*, 2018), na orientação dos Projetos Políticos Pedagógicos, enfatizam a necessidade de aproximar a formação desse novo profissional enfermeiro, mediante um ensino crítico, reflexivo e criativo a partir das realidades práticas e do uso de metodologias participativas, problematizadoras, dialógicas, dialéticas e democratizantes. Com isso, esse estudante, ao entrar na universidade e de forma precoce, começa a ter contato com a comunidade, com a realidade social da população e estreita laços com a educação popular, considerando que o saber popular é um elo importante na educação em saúde, na compreensão de que a educação em saúde visa desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade por sua própria saúde e pela saúde da comunidade da qual elas fazem parte (Prado; Schmidz, 2016; Freire, 2016; Dalmolin *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2017; Paludo, 2017; Souza *et al.* 2021b).

No entanto, repensar a formação do enfermeiro diante dessa perspectiva implica repensar a própria formação dos docentes, a qual deve envolver uma reflexão crítica sobre sua prática, compromisso, liberdade e autonomia com a ação pedagógica. Observa-se, ainda, a necessidade de capacitar os docentes, visando à superação de suas práticas pedagógicas tradicionais, bancárias, domesticadoras, dominadoras e opressoras, e à criação de espaços para práticas pedagógicas dialógicas, problematizadoras e transformadoras (Prado; Schmidz, 2016; Soares; Gazzinelli; Souza, 2020; Lopes *et al.*, 2017).

Com isso, quais as contribuições do pensamento de Paulo Freire na enfermagem evidenciadas nos estudos inspirados pelas concepções e fundamentos teóricos desse educador?

Ao reinventar Paulo Freire, os pesquisadores, em seus estudos, construíram diálogos com fundamentos sócio-filosóficos e antropológicos das teorias de enfermagem, como a de Horta (Rosa *et al.*, 2018), a Transcultural, de Leninguer (Martins; Alvim, 2012) e a Convergente Assistencial (Olympio; Alvim, 2018), e também com as teorias filosóficas de Dussel e Arentd (Santos, 2013), de Habermas (Sharples, 2013) e de Dewey e Boal (Alencastro *et al.*, 2020; Soares; Gazzinelli; Souza, 2020), e, ancorados em concepções de Freire (Freire, 1986, 1996, 2005, 2016), abordaram os fenômenos do cuidado ao ser humano.

A interlocução construída com esses teóricos analisa o fenômeno da corrupção no poder, que gera desigualdade social, exclusão, dominação, opressão, imigração, pobreza e miséria. São problemas desafiadores que são apontados como causas de sofrimento e desumanidade da humanidade e que precisam ser desvelados por meio das pesquisas, com leituras críticas sobre a realidade e sobre a transformação das diversas realidades, sendo necessária a educação do povo oprimido visando à sua libertação (Freire, 1986, 2005, 2016).

Os conceitos, princípios e fundamentos epistemológicos materializados com base no pensamento de Paulo Freire têm inspirado a enfermagem, em especial no desenvolvimento da educação em saúde junto às equipes na Atenção Primária à Saúde, não só na perspectiva de seu trabalho com a comunidade, mas também na relação docente e discente, ensino e serviço, na superação do paradigma biologicista, na perspectiva da formação de um enfermeiro crítico-reflexivo capaz de responder às necessidades de saúde da população tendo como base os princípios do SUS (Prado; Schmidz, 2016; Dalmolin *et al.*, 2016; Lopes *et al.*, 2017; Chirelli; Sordi, 2021).

Observa-se, em todos os trabalhos, um cuidado na construção de uma aliança em que se usam as concepções da educação de Paulo Freire e quadros teóricos da enfermagem, da filosofia, da sociologia e da antropologia. O uso dessa pluralidade teórica e metodológica e o rigor do método do conhecimento científico das ciências modernas foram observados, e, com esse mesmo cuidado, procurou-se trabalhar com o paradigma emergente das ciências sociais e humanas, oriundos da sistematização (Mejía; Paz, 2015; Rosa *et al.*, 2018; Martins; Alvim, 2012; Olympio; Alvim, 2018; Santos; Marcon, 2014; Massaroli *et al.*, 2015).

Nesse sentido, os fenômenos de saúde aliados à profunda crise política-social e econômica, agudizada pelo momento pandêmico da covid-19, e os problemas de exclusão social vivenciados por imigrantes e outras populações vulneráveis permitiram o uso de muitos recursos metodológicos, sobretudo o CC virtual, criando possibilidades de intervenção junto a essa população. A produção de dados apresentou-se de uma forma engenhosa, e, da mesma forma, o diálogo construído mediante um saber e fazer da enfermagem com a antropologia filosófica, a pedagogia e a sociologia crítica se mostrou um campo rico de possiblidades na construção de uma enfermagem crítica-reflexiva e com uma prática social (Souza et *al.*, 2021a; Vendruscolo *et al.*, 2021; Souza *et al*. 2021b; Chirelli; Sordi, 2021; Santos, 2013; Sharples, 2013).

Os enfermeiros apresentam espírito de luta pela liberdade e democracia no processo de inclusão dos direitos e das condições dignas de saúde e vida, eles foram inventivos em seus estudos e procuraram superar múltiplos desafios, de cuidar, de ensinar e de pesquisar em diversos espaços pedagógicos, e, sobretudo, de romper com paradigmas vigentes (Alencastro *et al.*, 2020; Soares; Gazzinelli; Souza, 2020). Assim, mediada pelo pensamento crítico-reflexivo de Freire, a enfermagem sonha. E sonhar faz parte da natureza humana, que dentro da história se acha em permanente processo de tornar-se e transmutar-se. Não há mudança sem sonho e não há sonho sem esperança (Freire, 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pesquisas permitiram identificar que foram muitas as ideias de Paulo Freire, em forma de fundamentos teóricos e categorias, que inspiraram a construção de conhecimento na enfermagem e as análises em estudo.

A integração do conteúdo dessas análises permitiu captar evidências de uma enfermagem que busca cada vez mais desenvolver a sua arte de uma forma científica, autônoma, humana e ético-política e coloca em prática o seu saber fazer, usando o diálogo, a problematização, a autonomia e o *empowerment* dos participantes, como sujeitos da aprendizagem, na busca da conquista da promoção da saúde e da aprendizagem para o

seu autocuidado. Foram muitos os exemplos de espaços pedagógicos em que os enfermeiros, junto com os usuários, escutaram, dialogaram, refletiram, codificaram/decodificaram e construíram as análises e realizaram as sínteses críticas das realidades vividas; ensinaram e aprenderam, de forma criativa e coletiva, os cuidados à saúde como um dos princípios fundamentais à vida e dignidade humana.

Observou-se que a densidade teórica nas leituras, nas reflexões e nas análises instituídas nos estudos em questão revelou *insights* criativos nos processos de construção de um saber e de um conhecimento já postos, de uma epistemologia viva, que necessitam de lentes para as suas releituras, sua sistematização e sua teorização. Revelou-se também a necessidade de se recriar uma prática que emerja de uma realidade vivida pelos sujeitos da aprendizagem em saúde, ou seja, pela própria equipe de saúde/enfermagem, usuários/pacientes e comunidade.

O uso da práxis de Paulo Freire permitiu muitas reinvenções desde o uso do método sistematizado, como o itinerário do CC na sua concepção originária e o CC virtual adaptado às tecnologias da informação e comunicação, produto de uma realidade do mundo virtual, fortemente presente na pandemia.

Estudos de Paulo Freire, há décadas, vêm instigando, sensibilizando e inspirando a enfermagem, em especial nos aspectos da formação do enfermeiro com base em uma educação transformadora, visando contribuir na construção de um profissional reflexivo, crítico e criativo, capaz de usar, na sua arte de cuidar, os princípios e os fundamentos de uma educação a ser vivenciada enquanto prática social inclusiva, emancipatória e libertadora.

O estudo pode contribuir, no campo do ensino, para a formação crítica, reflexiva e ético-política do profissional e, no campo da assistência, para uma prática democrática, inclusiva, emancipatória e libertadora, na perspectiva da enfermagem enquanto uma prática social. É importante destacar o inacabamento e incompletude de estudos de reflexão, mantendo-se aberto a novas releituras e reflexões.

As limitações dizem respeito à inclusão de estudos publicados apenas em português, espanhol e inglês, e o desafio de reinventar Freire, articulando o seu pensamento crítico-reflexivo ao conhecimento da enfermagem nos mais diversos contextos humanos e processos de cuidar individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, L. C. S.; SILVA, J. L.; KOMATSU, A. V.; BERNARDINO, F. B. S.; MELLO, F. C. M.; SILVA, M. A. I. Theater of the Oppressed and bullying: nursing performance in school adolescent health. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 1, e20170910, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0910

AMARAL, V. F.; SALES, T. B.; CAVALCANTE, A. S. P.; *et al*. Experience with the circle of culture in Welcoming House of the Arch. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 12, n. 4, p. 1144-1152, abr. 2018. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a230602p1144-1152-2018.

AMESTOY, S. C.; OLIVEIRA, A. F. L.; THOFEHRN, M. B.; TRINDADE, L. L.; SANTOS, B. P.; BAO, A. C. P. Contributions of Paulo Freire to understanding the dialogic leadership exercise of nurses in the hospital setting. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 38, n. 1, e647-64, 2017. DOI. https://doi org/10.1590/1983-1447.2017.01.64764.

BARBOSA JUNIOR, A. J.; PERALES, P. G. P. S.; VANNUCHI, M. T. O.; DELLAROZA, M. S. G.; HIGARASHI, I. H. The unified health system as a crosssectional theme of a nursing curriculum. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 12, n. 4, p. 930-937, 2018. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i4a235013p930-937-2018.

BRANDÃO, C. R. Círculo de Cultura. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001. **Diário Oficial da União,** 2001 Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf. Acesso em: 29 no. 2021.

CALDAS, A. C. S.; DIAS, R. S.; SOUSA, S. M. A.; TEIXEIRA, E. Creative and sensitive production of care-educational technology for families of children with gastrostomy. **Escola Anna Nery**., v. 23, n. 1, p. 1-8, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0144

CHIRELLI, M. Q; SORDI, M. R. L. Critical thinking in nursing training: evaluation in the area of competence Education in Health. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, Suppl 5, e20200979, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0979.

CORDEIRO, K. C. C.; GOMES, N. P.; ESTRELA, F. M.; MAGALHÃES, J. R. F. de; CRUZ, M. A. da; SILVA, A. F. da, *et al*. Identification of violence in teenagers: female educators speech. **Rev. Enferm UFPE On Line**, n. 14, e243193, 2020. DOI: https://doi.org/10.5205/1981- 8963.2020.243193.

CORTELLA, M. S. Paulo Freire: um pensamento clássico e atual. **Rev. e-curriculum** [Internet], v. 7, n. 3, p. 1-14, 2011. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum. Acesso em: 10 out. 2021.

COSTA, M. A. R.; SPIGOLON, D. N.; TESTON, E. F.; SOUZA, V. S.; MARQUETE, V. F.; MATSUDA, L. M. Paulo Freire research itinerary contribution in the field of nursing investigation. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 12, n. 2, 546-553, 2018. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a109935p546-553-2018.

DALMOLIN, I. S.; FARIA, L. M.; PERÃO, O. F; NUNES, S. F. L.; MEIRELLES, B. H. S; HEIDEMANN, I. T. S. B. Dialoguing with freire in the circle of culture: a health promotion strateg. **Rev. Enferm UFPE On Line,** v. 10, n. 1, p. 185-190, 2016. DOI: https://doi.org/10.5205/reuol.8423-73529-1-RV1001201624.

DIAS, T. K. C.; VAZ, E. M. C.; ARAUJO, A.; COLLET, N.; GUEDES, A. T. A.; BEZERRA, I. C. S., *et al*. First aid intervention with mothers/caregivers of children affected by the Zika virus in Brazil. **Appl. Nurs. Res.**, n. 57, p. 151355, 2021. DOI: https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151355.

DURAND, M. K.; HEIDEMANN, I. T. S. B. The promotion of women's autonomy during family health nursing consultations. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 47, n. 2, p. 288-95, 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200003.

FERREIRA, A. G. N.; RIBEIRO, M. M.; DIAS, L. K. S.; FERREIRA, J. G.N.; RIBEIRO, M. A.; XIMENES NETO, F. R. G. Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na perspectiva dialógica de Paulo Freire. **Rev. Enferm UFPE On Line**, v. 7, n. 5, p. 1398-1405, 2013. DOI: 10.5205/reuol.3960-31424-1-SM.0705201319.

FREIRE P. **Educação como Prática da liberdade**. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança:** um reencontro com a pedagogia do oprimido. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GUARESCHI, P. Empoderamento. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

HEIDEMAN, I. T. S. B.; SOUZA, J. B.; SANTOS, D. G.; OLIVEIRA, D. R.; MARQUES, L. C. Empowerment: reflections in the context of vulnerabilities and nursing practices. **Rev. Baiana Enferm.**, n. 35, e36399, 2021. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v35.36399.

LOPES, C. R.; DALMOLIN, I. S.; DURAND, M. K.; RUMOR, P. C. F.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; BOCH, C. Health education and culture in the perspective of paulo freire. **Rev. Enferm. UFPE On Line,** v. 11, n. 12, p. 5122-5128, 2017. DOI: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25338p5122-5128-2017.

MAINARDES, J. Research in the field of education policy: theoretical and epistemological perspectives and the place of pluralism. **Rev. Bras. Educ.**, 2018; v. 23, n. 1, e230034, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782018230034.

MARTINS, P. A. F.; ALVIM, N. T. P. Shared Care Plan: convergence between the educational problematizing perspective and the theory of nursing cultural care. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 65, n. 2, 368-373, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000200025.

MASSAROLI, R.; MARTINI, J. G.; MASSAROLI, A.; LAZZARI, D. D.; OLIVEIRA, S. N.; CANEVER, B. P. Nursing work in the intensive care unit and its interface with care systematization. **Esc. Anna Nery,** v. 19, n. 2, p. 252-258, 2015. DOI: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150033.

MEJÍA, J. M. R.; PAZ, P. La sistematización, una forma de investigar las prácticas y producir saber y conocimiento. Ponencia presentada al coloquio Perspectivas metodológicas y pedagógicas en lengua materna. **Universidad Distrital de Bogotá** [Internet], 27-28 de mayo de 2015.

MOREIRA, C. B.; MENDES, I. C.; BERNARDO, E. B. R.; BEZERRA, K. C.; MAGALHÃES, N. A. L.; PINHEIRO, P. N. C. Use of educational technology with oncological teens: a freirean approach. **Rev. Rene.**, v. 13, n. 2, p. 463-469, 2012. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3960. Acesso em: 5 ago. 2021.

OLIVEIRA, D. M.; DEUS, N. C. P.; CAÇADOR, B. S.; SILVA, E. A.; GARCIA, P. P. C.; JESUS, M. C. P., *et al*. Saberes e práticas de enfermeiros sobre a participação social na saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 69, n. 3, p. 421-427, 2016. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690302i.

OLYMPIO, P. C. A. P.; ALVIM, N. A. T. Board games: gerotechnology in nursing care practice. **Rev. Bras Enferm.**, v. 71, Suppl 2, p. 818-826, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0365.

PALUDO, C. Educação popular. In: STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

PRADO, M. L.; SCHMIDZ, K. R. (Orgs.). **Paulo Freire:** a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NER/UFSC, 2016.

PRIMO, C. C.; FURIERI, L, B. Desafios e contribuições do programa de pós-graduação profissional stricto sensu em enfermagem para a formação de enfermeiros pesquisadores. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro** [Internet], v. 9, eEditorial, 2019. Disponível em: http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/3603/2292. Acesso em: 5 ago. 2021.

ROSA, R.; COSTA, R.; SOUZA, A. I. J.; LIMA, M. M.; SCHNEIDER, D. G.; SANTOS, E. K. A. Reflections of nurses in search of a theoretical framework for maternity care. **Rev. Bras Enferm.**, v. 71, Suppl 3, 1351-1357, 2018. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0525.

SANTANA, M. S.; GOMES FILHO, D. L.; SANTANA, N. Approaches of popular education in nursing undergraduate courses: a reality? **Revista Baiana de Enfermagem**, 2012, v. 26, n. 1, p. 363-373, 2012. DOI: https://doi.org/10.18471/rbe.v26i1.

SANTOS, A. L.; MARCON, S. S. How people with diabetes evaluate participation of their family in their health care? **Invest Educ Enferm.** [Internet], v. 32, n. 2, p. 260-269, 2014. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000200009&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em 5 ago. 2021.

SANTOS, S. A. The polics of corruption, inequality, and the socially excluded. **Nursing Philosophy,** v. 14, n. 3, p; 168-77, jul. 2013. DOI: https://doi.org/10.1111/nup.12016.

SAUL, A. M. O pensamento de Paulo Freire na educação brasileira: análise de sistemas de ensino a partir de 1990. **Currículo sem Fronteiras** [Internet], v. 12, n. 3, p. 37-56, 2012. http://www.curriculosemfronteiras.org/vol12iss3articles/saul.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.

SCHWAB, K. **A quarta revolução industrial**. Trad. Daniel Moreira Miranda. São Paulo: Edipro, 2016.

SHARPLES, N. An exploration of dealf women's access to mental health nurse education in the United Kingdom. **Nurse Educ Today,** v. 33, n. 9, p. 976-80, 2013. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.10.017.

SILVA, K. J; VENDRUSCO, C.; MAFFISSONI, A. L.; DURAND, M. K.; WEBER, M. L.; ROSSET, D. M. Melhores práticas em enfermagem e sua interface com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica. **Texto Contexto Enferm.**, n. 29, e20190013, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0013.

SILVEIRA, E. A. A.; RIBEIRO, J. E. O.; OLIVEIRA, L. A., *et al*. A prática de educação em saúde: uma experiência de acadêmicos de enfermagem. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, n. 7, e1931, 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.762.

SOARES, A. N.; GAZZINELLI, M. F.; SOUZA, V. Experimentações de educação e saúde: mapeando a produção de sentidos na pós-graduação em Enfermagem. **Interface** (Botucatu), n. 24, e190675, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/Interface.190675.

SOUZA, J. B.; HEIDEMANN, I. T. S. B.; WALKER, F.; SCHLEICHER, M. L.; KONRAD, A. Z.; CAMPAGNONI, J.P. Vulnerability and health promotion of Haitian immigrants: reflections based on Paulo Freire's dialogic praxis. **Rev. Esc. Enferm. USP**, n. 55, e03728, 2021a. DOI: https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020011403728.

SOUZA, J. B.; POTRICH, T.; GEREMIA, D. S.; ALBANI, B. P.; SILVA, T. G.; MADUREIRA, V. S. F. Meanings of COVID-19 vaccination to immunized elderly in southern Brazil. **Rev. Enferm. UERJ**, n. 29, e59823, 2021b. DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2021.59823.

STRECK, D. R.; REDIN, E.; ZITKOSKI, J. J. (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017.

VALENTE, C. A.; ANDRADE, V.; SOARES, M. B. O. S; SILVA, S. R. Atividades educativas no controle do câncer de colo do útero: relato de experiência educational. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 3, p. 1898-1904, 2015. DOI: https://doi.org/10.19175/recom.v5i3.576

VENDRUSCOLO, C.; SOUZA, J. B; ZOCCHE, D. A.; GEREMIA, D. S; HEIDMANN, I. T.; KORB, A. *et al*. Círculo de Cultura: "Lugar de Fala" das enfermeiras no enfrentamento à COVID-19. **Enferm Foco**., v. 12, Supl.1, p. 93-98, 2021. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5200.

WEBER, M. L.; VENDRUSCOLO, C.; ADAMY, E. K.; SILVA, C. B. Melhores Práticas na perspectiva de Enfermeiros da Rede de Atenção à Saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 3, p. 87-92, 2020. DOI: https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n4.3130.

XAVIER, M. L. F.; ALVIN, N. A. T. Knowledge and experiences of caregivers for post-surgical respiratory complications in elderly people, shared with the nurse. **Esc. Anna Nery**, v. 16, n. 3, 553-560, 2012. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-81452012000300018.

2

FIANDO CAMINHOS (IM)POSSÍVEIS PARA FORA DO LABIRINTO: PLANEJAMENTO E GESTÃO EM SAÚDE

10

RAFAEL VULPI CALIARI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE

OUVIDORIA E SEUS PILARES PARA UM SUS PARTICIPATIVO E MAIS DEMOCRÁTICO

A OUVIDORIA NA SAÚDE

A democracia escreve sua história perfazendo um sistema político que organiza a sociedade em relação aos governos, muitas vezes com eleições que indicam a escolha de representantes para atuação nos sistemas legislativo e executivo do Estado. Essas são descritas em diversas modalidades no mundo: direta, indireta, representativa e semi-indireta; liberal e socialista; majoritária e de consenso; bipartidária, multipartidária, bipolar e multipolar; presidencialista e parlamentarista; estabelecida e parcial; de alta autonomia, de limitada autonomia e de baixa autonomia (De Lima; Annunciato, 2018).

Ainda que em desenvolvimento, a democracia apresenta mudanças no mundo para estruturas políticas mais rígidas, com estados de ditadura, desestruturação e redução de direitos políticos, sociais e civis. Esse enfraquecimento de políticas públicas e direitos aponta para o contexto da democracia estancada, um recuo do desenvolvimento, garantindo apenas o que a resistência de parte da população consegue sustentar (Costa, 2022).

Em outra vertente, estados com estruturas mais participativas, transparência pública e votações em diversos contextos sociais caminham para uma democracia participativa. Sem participação social, um sistema político não é capaz de permitir à sociedade a definição de direcionamentos na administração estatal e, por consequência, nas políticas públicas (Calçada; Reck, 2020).

As políticas públicas desenvolvidas pelo Estado trazem a garantia de direitos constantes no arcabouço legal do Brasil e interferem diretamente na qualidade de vida da sociedade brasileira e na condução da democracia.

O Sistema Único de Saúde (SUS), a maior política pública de inclusão do Brasil, constituído inicialmente por diversas frentes como o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, teve a sua criação referendada na Constituição Federal de 1988 (Paim, 2008; Brasil, 1988).

As Conferências Nacionais de Saúde trouxeram também, dentre suas propostas, a consolidação de espaços de comunicação entre usuários e a gestão do Sistema Único de Saúde em todos os níveis, capazes de tornar efetiva a participação e o controle da comunidade em práticas, ações e serviços de saúde.

Dentre esses espaços de comunicação e participação social, destaca-se a Ouvidoria do SUS, que foi se conformando no país, nos estados e nos municípios como espaço descentralizado de comunicação entre trabalhadores, usuários do SUS e gestores da saúde pública, garantindo a possibilidade de avaliar os serviços de saúde, apurar necessidades da população, demonstrar problemas com transparência pública e desvios e disseminar informações seguras em saúde.

A Lei nº 13.460/2017, que dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública, consolidou uma legislação federal para efetivação das ouvidorias nos serviços públicos brasileiros (Brasil, 2017). O arcabouço jurídico das ouvidorias apresenta leis, projetos de lei, decretos estaduais, portarias e instruções normativas que variam de acordo com sua área de atuação e localização do serviço no país.

Essas ouvidorias públicas, que funcionam como um canal de comunicação entre o cidadão e a gestão, utilizam sistemas informatizados para registro, tratamento, encaminhamento, resposta e disseminação de informações, especificamente as da saúde. Por meio do recebimento de manifestações, possibilitam o controle social em relação aos serviços públicos e apoiam gestores na construção de análises, para uma ação qualitativa na melhoria da prestação dos serviços (Cavalcante, 2014).

As ouvidorias, espaços institucionalizados de participação, trazem importantes informações por meio de dados dos usuários do SUS, o que incita o seguinte questionamento: a Ouvidoria é um mecanismo capaz de fortalecer a democracia e a participação no Sistema Único de Saúde? A quem não interessa que esses serviços possibilitem a participação social no país?

ASPECTOS METODOLÓGICOS

O presente capítulo é uma discussão sobre o tema Ouvidoria do SUS e sua interlocução no Sistema Único de Saúde, relacionando sua atuação em prol da comunicação entre usuários, trabalhadores e gestores do SUS no contexto da participação social na democracia brasileira.

Os dados quantitativos dos atendimentos na rede de Ouvidoria do SUS foram extraídos na data de 8 de dezembro de 2022, no painel de dados, no site da Ouvidoria-Geral do SUS. Foram selecionados os dados a partir das manifestações registradas no OuvidorSUS, sistema informatizado disponibilizados pelo Ministério da Saúde para utilização da rede de Ouvidorias do SUS.

Os dados da plataforma do Ministério da Saúde utilizados são referentes ao período do ano de 2010 (tempo de início da utilização do sistema informatizado OuvidorSUS) até 8 de dezembro de 2022 (últimos dados coletados no site do Ministério da Saúde para produção deste capítulo).

Foram levantados dados e gráficos sobre as variáveis manifestações no Brasil, manifestações por estado, meio de atendimento (canal), classificações (reclamações, denúncias, informações, solicitações, elogios e sugestões) e principais assuntos (tipificação), para apresentar as informações disponíveis nas ouvidorias.

A tipificação é considerada a categorização das manifestações e relaciona-se a diversos assuntos, como gestão, cartão SUS, Conselho de Saúde, assistência à saúde, vigilância em saúde, vigilância sanitária, Estratégia de Saúde da Família, transporte, comunicação, orientações em saúde, assistência farmacêutica, dentre outros. A tipificação pode se dividir em assunto principal, subassuntos 1, 2 e 3, hierarquizando assuntos específicos dentro das políticas executadas pelo SUS (Caliari; Ricardi; Moreira, 2022).

É preciso informar que os dados produzidos pela ouvidorias do SUS ainda contam com sistemas informatizados específicos e com ouvidorias que não registram em sistemas, a exemplo dos registros manuais. Esses dados manuais e de outros sistemas informatizados não foram contabilizados para análises deste capítulo.

ESPAÇO DE COMUNICAÇÃO

A comunicação, em suas diversas dimensões, estabelece a transmissão de mensagens entre pessoas, instituições e Estado, possibilitando que a participação social se efetive por meio de canais que funcionam como forma de ouvir os cidadãos. Por conseguinte, no outro lado dessa comunicação, gestores e representantes políticos podem utilizar dessa "escuta" para atuar na implementação e manutenção de políticas públicas de saúde, embasando sua decisão em dados da participação social.

Um dispositivo estruturado nos serviços públicos e privados brasileiros, a Ouvidoria, detém a expertise de estabelecer a comunicação entre serviço e usuário em diversas pastas, tais como a educação, os transportes, os planos privados de saúde, as agências, os bancos e qualquer outra área de gestão pública ou privada, em especial o Sistema Único de Saúde.

A proposta de implantação de ouvidorias no SUS nasceu em uma Conferência Nacional de Saúde, orientando a disponibilização desses serviços em todos os níveis, instituindo novos mecanismos de participação, garantindo o recebimento de dados necessários para análise e deliberação de questões de saúde, bem como para a divulgação de informações aos usuários (Brasil, 1998).

Atualmente, via diversos canais de manifestação, como carta, formulário escrito, formulário via web, e-mail, redes sociais, telefone e também presencialmente, os cidadãos podem dialogar com o SUS em qualquer de suas perspectivas. Por mais ampliado que seja o seu pensamento em relação à saúde, o SUS estará presente.

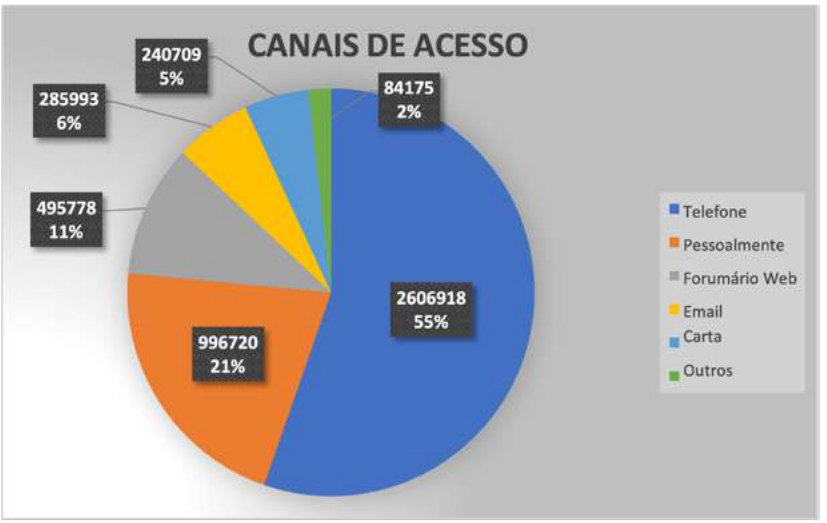
A Ouvidoria do SUS demonstra sua capacidade de estabelecer canais de comunicação, para registro de manifestações e disseminação de informações, em suas estruturas nas secretarias municipais e estaduais, além de serviços como unidades de saúde, laboratórios, hospitais e outros centros de atendimento.

Segundo dados do Sistema OuvidorSUS, foram registradas 4.710.356 manifestações no sistema desde o início de sua utilização no Brasil, em 2010, até o dia 8 de dezembro de 2022 (Brasil, 2022). É importante ressaltar que algumas ouvidorias possuem sistemas próprios e outras, em menor número, não utilizam sistemas informatizados, e, se esses atendimentos fossem consideradas nos quantitativos encontrados, elevariam

consideravelmente os registros aqui apresentados. São mais de 4 milhões de manifestações que carregam inúmeros dados que se comunicam com pontos de gestão dentro das áreas.

Os estados que mais registram manifestações no Brasil são, em ordem decrescente, São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Pernambuco, Santa Catarina, Bahia, Rio Grande do Sul, Mato Grosso do Sul, Goiás, Paraná, Paraíba, Sergipe, Ceará, Pará, Espírito Santo, Mato Grosso, Tocantins, Rio Grande do Norte, Amazonas, Maranhão, Distrito Federal, Alagoas, Piauí, Acre, Rondônia, Roraima e Amapá. O maior meio utilizado para comunicação é o telefone, em 2.606.918 manifestações até 2022 (55,34%). Já o atendimento presencial foi realizado em 996.720 contatos dos usuários do SUS nas ouvidorias (21,16%) (Brasil, 2022). (Gráfico 1)

Gráfico 1: Quantidade de manifestações por canal de atendimento, sistema OuvidorSUS, do ano de 2010 ao dia 8 de dezembro de 2022.



Fonte: Sistema OuvidorSUS (Brasil, 2022).

As manifestações à uma Ouvidoria no Sistema Único de Saúde, após tratamento e tramitação, subsidiam a consolidação de dados para que os gestores possam analisar as ações sob suas responsabilidades, trazendo,

como retorno para a sociedade, informações contextualizadas em relatórios, publicações e informativos. Esse espaço institucional estabelece comunicação entre usuários do SUS, trabalhadores e gestores e potencializa o estabelecimento da participação social nas práticas, ações e serviços do SUS.

A OUVIDORIA E A INTERLOCUÇÃO COM AS ÁREAS TÉCNICAS DO SUS

O processo de avaliação e monitoramento de políticas públicas pressupõe, dentre suas características, a análise de dados sobre as ações executadas e planejadas pelas áreas técnicas. A avaliação busca racionalidade no processo de apoio à tomada de decisões em torno das políticas públicas desenvolvidas pelo Estado (Andrade; Santana, 2017).

O processo de tomada de decisão na gestão de pastas, como assistência à saúde, assistência farmacêutica, vigilância em saúde, auditoria, regulação, dentre outras que diariamente desenvolvem atividades inerentes à saúde no SUS, pode ser ancorado nos contatos da população por meio das ouvidorias.

No cotidiano das ouvidorias, aproximando-se das ouvidorias de saúde, os usuários podem registrar manifestações que trazem em seu bojo informações sobre várias perspectivas dentro do SUS.

As reclamações trazem insatisfações sobre profissionais, demora em atendimentos nas redes de atenção primária, além de média e alta complexidade, infraestrutura, programas ou sobre qualquer relação do Sistema Único de Saúde com os cidadãos brasileiros, inclusive a relação com a iniciativa privada – ou a prestação de serviços da rede privada ao SUS. Foram registradas, até 8 de dezembro de 2022, 1.694.549 reclamações no Sistema OuvidorSUS (Brasil, 2022).

As denúncias podem trazer elementos sobre situações não permitidas no âmbito do arcabouço legal brasileiro, indicando, muitas vezes, desvios de verbas, assédios sofridos por usuários e trabalhadores da saúde (por chefias neste caso), descumprimento de legislação durante atendimento, prazos, dentre outros. As ouvidorias registraram 499.732 denúncias até 8 de dezembro de 2022 (Brasil, 2022).

Essas duas tipologias, categorias ou classificações de manifestações representam uma perspectiva negativa da avaliação da população ou trabalhadores do SUS sobre sua experiência junto à saúde pública.

As classificações ainda são importantes indicativos de necessidades de saúde da população, com 1.885.834 registros de solicitações, e de propostas de melhorias, por meio dos relatos realizados por usuários do SUS em 60.908 sugestões no período analisado (Caliari; Ricardi; Moreira, 2022).

Em outra vertente, os elogios trazem em seu contexto dados capazes de demonstrar boas práticas no SUS, bons atendimentos realizados por trabalhadores e ações apoiadas pela população. Nesse sentido, avaliações positivas das vivências diárias no SUS foram registradas em 323.588 manifestações. Já as solicitações de informações totalizaram 245.745 manifestações no período em análise. (Brasil, 2022).

Os dados são capazes de identificar situações nos serviços de saúde que precisam de análise e atenção de gestores para correção de falhas. São diversas variáveis que podem subsidiar a tomada de decisão de gestores de áreas técnicas, perfazendo a Ouvidoria um "termômetro" do SUS.

Esses dados, conformados em relatórios ou em indicadores, podem garantir à Ouvidoria a construção de informações para áreas técnicas específicas. Esses relatórios permitem a uma ouvidoria do SUS sugerir mudanças na gestão, na avaliação e na reavaliação dos serviços de saúde, promovendo a democracia participativa, ao possibilitar o acesso do usuário à administração pública (Silva *et al.*, 2016).

No período entre os anos de 2010 e 2022, os principais assuntos que versaram as manifestações foram: gestão (36,33%), assistência à saúde (29,44%), assistência farmacêutica (7,98%), vigilância em saúde (6,28%), vigilância sanitária (5,96%), Estratégia de Saúde da Família (5,06%), produtos para saúde e correlatos (2,48%) e outros (6,48%) (Brasil, 2022). (Gráfico 2)

Grafico 2: Quantitativo de assuntos das manifestações, Sistema OuvidorSUS, de 2010 a 8 de dezembro de 2022.

Fonte: Sistema OuvidorSUS (Brasil, 2022).

OS DADOS DA OUVIDORIA DO SUS NO APOIO À TOMADA DE DECISÃO

A gestão da informação em uma Ouvidoria do SUS se inicia na entrada de dados no registro de uma manifestação (espontaneamente ou de forma estimulada), na realização de uma pesquisa de satisfação ou na disseminação de informações em saúde. Gerir informações de uma ouvidoria compreende ações que vão desde a publicação de dados à captação de novas informações que sejam interessantes ao contexto das Ouvidorias do SUS, com objetivo principal que as informações cheguem aos gestores que necessitam delas para tomar decisões no momento certo e para os cidadãos como forma de transparecer as ações perante a sociedade (Brasil, 2014).

As manifestações são trabalhadas por meio de sistemas de informação, que disponibilizam variáveis diversas, sendo as principais: cadastro (nome, sigilo ou anonimato, endereço, parentesco, telefone, e-mail);

classificação de manifestação (solicitação, informação em saúde, sugestão, reclamação, elogio e pedido de acesso à informação); teor da manifestação (relato do cidadão); e tipificação (informações categóricas de variáveis que se relacionam ao SUS – gestão, assistência em saúde, assistência farmacêutica, financeiro, conselho de saúde, dentre outras).

O teor das manifestações estabelece a comunicação direta dos usuários sobre serviços realizados por municípios, estados e União. Essa leitura e análise permite a construção de instrumentos capazes de qualificar os processos do SUS, efetivando nesse contexto que uma manifestação na Ouvidoria seja apoio ao processo democrático via participação da sociedade.

As publicações de relatórios são potentes representações das visões dos usuários em relação ao SUS, cumprindo o artigo 198 da Constituição Federal, que estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com diretrizes, destacando-se, no caso das Ouvidorias, Conselhos e Conferências, o inciso III, participação da comunidade (Brasil, 1988).

Esses relatórios podem ser confeccionados via sistema de informação que possibilite a apreciação dos dados obtidos da população para diversos segmentos públicos, como universidades, centros de pesquisas e institutos capazes de processar tais informações e direcionar decisões. Tais dados, de qualquer natureza (texto, áudio, imagens, etc), podem ser aplicados na construção e treinamento dos chamados modelos baseados em inteligência artificial (IA) e permitem reproduzir, classificar e realizar predições de eventos sociais relacionados a saúde pública. Como exemplo, Couto *et al*. (2022) realizaram um estudo utilizando técnicas de *machine learning*, um tipo de modelo de IA, para a definição de grupos populacionais prioritários para vacinação da covid-19, com base sobre risco de morte intra-hospitalar, o que pode auxiliar os gestores de sistemas de saúde no controle da pandemia.

Há uma série de *softwares* e modelos computacionais atualmente disponíveis que permitem obter conhecimento por meio dos dados. Em destaque, pode-se citar duas linguagens de programação, gratuitas, com comunidade de programadores e cientistas ativas, que vêm se tornado dominantes em áreas como a epidemiologia: R e Python (Chiavegatto Filho, 2015).

Nesse sentido visualizamos que a utilização de ferramentas como as linguagens de programação voltadas à análise de banco de dados e os *softwares* de *business intelligence* permitem uma orientação sobre a tomada de decisão por meio de dados da participação social nos serviços de ouvidoria e ainda acrescentam a perspectiva da transparência nos registros das ouvidorias do SUS que utilizam o sistema OuvidorSUS.

A utilização dessas ferramentas apoia as atribuições das ouvidorias de organizar, analisar, interpretar, consolidar e arquivar as informações referentes às demandas recebidas de seus usuários e de produzir relatórios com dados gerenciais, indicadores, estatísticas e análises técnicas sobre o órgão ou entidade, periodicamente de acordo com a legislação ou quando o gestor julgar oportuno (Brasil, 2014).

OUVIDORIA É SUS E DEMOCRACIA! A QUEM NÃO INTERESSA A PARTICIPAÇÃO SOCIAL?

A efetiva consolidação da democracia brasileira perpassa por mecanismos que integram a sociedade civil aos grandes pensadores e executores de ações constituídas em políticas públicas para a organização e vida da população.

No SUS, a integração da sociedade tem seu grande ápice nas políticas permeáveis à participação social, em que a tomada de decisão de gestores considera a visão dos usuários dos serviços para a qualificação das práticas, ações e estruturas do sistema de saúde.

As ouvidorias na saúde podem conectar cidadãos aos tomadores de decisão, trazendo a efetivação da participação social, garantindo o fortalecimento do SUS e da democracia participativa nos municípios, estados e país. Ouvidoria é fortalecimento da democracia no Sistema Único de Saúde!

A efetivação da participação social via Ouvidoria do SUS é realizada quando as manifestações apoiam a tomada de decisão de gestores na correção de falhas, mudanças na gestão de processos e serviços, na

auditoria, no controle de custos, na melhoria de ações das assistências em saúde e farmacêutica e, ainda, quando compõem dados nas discussões de planejamento, nos planos de saúde, programações anuais e nos resultados presentes nos relatórios anuais de gestão.

No contexto do avanço do neoliberalismo no mundo, os espaços de participação social como colegiados e ouvidorias, dotados da expertise de partipação social, são minimizados ou excluídos do contexto da gestão participativa. A maior parte da população pobre nos países não possuem acesso à informações sobre direitos e garantias em seus sistemas de saúde.

A parte mais rica da sociedade é quem controla os meios de produção, de comunicação e de investimentos em áreas estratégicas e políticas. O contexto do poder aplicado a essa pequena parcela da população limita a participação mais efetiva da grande massa. Essa estrutura de controle garante poder e decisões unilaterais para perpetuar a continuidade da estrutura imposta desde a idade média, pós feudalismo, com a burguesia e os reis comandando os espaços de decisão das sociedades.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A.; SANTANA, H. Avaliação de políticas públicas versus avaliação de impacto legislativo: uma visão dicotômica de um fenômeno singular. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, Brasília, v. 7, nº 3, 2017.

BRASIL. Conferência Nacional de Saúde. **Relatório da 10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília - DF, 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** (1988). Brasília (DF): Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Lei nº 13.460, de 26 de junho de 2017. Dispõe sobre participação, proteção e defesa dos direitos do usuário dos serviços públicos da administração pública. **Diário Oficial da União**, Brasília, 27 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Ouvidoria-Geral do SUS. **Manual das Ouvidorias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 178 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ouvidoria-Geral do SUS. Ouvidorias em Números. **Painel de Dados (Gov.br)**, 8 dez. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/canais-de-atendimento/ouvsus/ouvidoria-em-numeros/paineis-de-dados. Acesso em: 8 dez. 2022.

CALÇADA, L. A. Z.; RECK, J. R. Democracia e participação social no ciclo das políticas públicas. **Revista Jurídica Cesumar** – Mestrado, v. 20, n. 3, p. 425-443, 23 dez. 2020.

CALIARI, R. V.; RICARDI L. M.; MOREIRA, M. R. Análise das manifestações à Ouvidoria-Geral do SUS, no período de 2014 a 2018: evidências para a tomada de decisões. **Ciên. Saúde Colet.** [Internet], v. 27, n. 1, p. 205-218, 27 jan. 2022.

CAVALCANTE, M. L. S. A. Ouvidorias Públicas: conceito, papel, evolução e qualidade no controle social. **Revista Controle** – Doutrinas e artigos, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 266-281, 2014.

CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P. Uso de big data em saúde no Brasil: perspectivas para um futuro próximo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, n. 2, p. 325-332, 24 jun. 2015.

COSTA, L. D. G. da. Democracia estancada: crítica da crítica, sujeitos, denúncias e reivindicações em perspectiva. **Civitas - Revista De Ciências Sociais**, n. 22, e41184, 2022.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G.; SEARA, L. M.; COUTO, C. S.; COUTO, V. S; GIACOMIN, K.; ABREU, A. C. C. de. Covid-19 vaccination priorities defined on machine learning. **Revista De Saúde Pública**, v. 56, n. 11, 2022.

DE LIMA, C. V.; ANNUNCIATO, M. R. Tipos de Democracia. **Revista Ágora Filosófica**, v. 18, n. 1, p. 45–65, 2018.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira:** contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3.

SILVA, R. P.; JESUS, E. A. De; RICARDI, L. M.; SOUSA, M. F. De; MENDONÇA, A. V. M. O pensamento dos gestores municipais sobre a ouvidoria como um potencial instrumento de gestão participativa do SUS. **Saúde em Debate**, v. 40, n. 110, p. 81-94, 2016.

11

NICOLLI RIBEIRO DE JESUS
WELINGTON SERRA LAZARINI
FRANCIS SODRÉ
JANDESSON MENDES COQUEIRO
SARAH PIMENTEL RODRIGUES

ENFRENTAMENTO DA COVID-19 NO BRASIL: UMA ANÁLISE A PARTIR DO FINANCIAMENTO

INTRODUÇÃO

Em 2019, o mundo se deparou com o advento do novo coronavírus, caracterizado como uma nova cepa da família *Coronavidae*. Os primeiros casos identificados ocorreram em Wuhan, na China (Sarti *et al.*, 2020). A doença, causada pelo vírus SARS-cov-2 e responsável por causar a Síndrome Respiratória Aguda Grave, foi então denominada covid-19 (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (OMS, 2020), a covid-19 foi rapidamente identificada nos países vizinhos da China e, em seguida, casos foram registrados na Europa e nas Américas. Com a expansão dos casos confirmados e dos óbitos em grande parte do mundo, no dia 11 de março de 2020, a OMS declarou estado de pandemia de covid-19. Até o dia 31 de dezembro de 2021, já haviam sido confirmados mais de 22 milhões de casos e quase 620 mil mortes em decorrência da infecção pelo Sars-Cov-2 no Brasil (Oliveira *et al.*, 2020).

Diante do cenário de incertezas frente ao novo patógeno, as preocupações foram além dos impactos na morbimortalidade das populações. As mudanças geradas pelo novo coronavírus tiveram reflexos diretos nos âmbitos político, econômico, social e cultural, uma vez que a mudança de comportamentos imposta pela pandemia tem alterado bruscamente a estruturação dos tecidos sociais em todo o mundo.

No Brasil, o primeiro caso de covid-19 foi registrado no dia 26 de fevereiro de 2020. Com a rápida disseminação dos casos, o país já registrava mais de 347 mil casos da doença e mais de 22 mil mortes confirmadas no dia 23 de maio de 2020 (Brasil, 2021). Diante desse cenário preocupante, faz-se necessário examinar as estratégias de enfrentamento da pandemia

no Brasil, considerando os desafios impostos pelas particularidades que caracterizam o país, como sua extrema desigualdade, alta taxa de desemprego, vasta extensão territorial e dificuldade de acesso aos serviços de saúde por grande parte da população (Sarti *et al.*, 2020).

Face ao exposto, parte-se da premissa que o Sistema Único de Saúde (SUS), uma das maiores estratégias de gestão de sistemas universais no mundo, é uma estratégia potente na redução das iniquidades em saúde, sobretudo em um país marcado pela desigualdade. Logo, deve ser fortalecido e estruturado como uma das principais respostas à mitigação de epidemias, uma vez que o sistema alcança grande capilaridade em todos os cantos do país.

Desse modo, importou a esta pesquisa analisar a trajetória do financiamento das políticas de saúde destinadas ao enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil entre 2020 e 2021.

METODOLOGIA

Este é um estudo quantitativo, descritivo e exploratório, utilizando-se de dados secundários de domínio público relativos aos recursos financeiros destinados pelo governo federal ao enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil.

A pesquisa teve como cenário o governo federal brasileiro, que, desde as eleições presidenciais de 2018, foi dirigido pela coligação "Brasil acima de Tudo, Deus acima de Todos", cuja orientação política era de extrema-direita (2019-2022). Neste estudo, o governo federal é compreendido como principal responsável pela produção da política pública no âmbito nacional, e coube a ele a ordenação das diretrizes para o enfrentamento da covid-19 no país por meio do aparato institucional do poder executivo.

Uma ampla revisão bibliográfica acerca dos temas "financiamento da covid-19", "gastos com covid-19" e "covid-19 no Brasil" foi realizada com foco na aplicação dos recursos públicos para subsidiar as políticas e estratégias de enfrentamento da pandemia não só no Brasil, mas também no mundo.

O período de interesse para este estudo foram os primeiros dois anos da pandemia da covid-19 no Brasil, compreendidos entre 1° de janeiro

de 2020 e 31 de dezembro de 2021. Esse recorte engloba o período pré-pandemia de covid-19 no Brasil, ou seja, quando os casos já haviam sido identificados em outros países, mas ainda não havia registros em âmbito nacional; o período subsequente já com a doença instalada no país, no qual foi observado o aumento exponencial do número de novos casos e óbitos; e o ápice dessa curva e seu declínio, o que configurou a "primeira onda" da doença no país.

A coleta de dados foi feita por meio do acesso aos sites *Tesouro Nacional Transparente*[1] e *Portal Da Transparência*[2]. Em seguida, foram selecionados os itens "Monitoramento dos Gastos da União com Covid-19", "Por Ministério e Órgão", "Por Ação" e "Transferência da União a Estados, DF e Municípios". Os indicadores analisados foram: "Previsão de gastos com covid-19", "Gastos empenhados com covid-19", "Despesas pagas", "Fonte do recurso", "Natureza da despesa", "Despesas do Ministério da Saúde pagas", "Despesas totais pagas" e "Transferências aos estados, DF e municípios". Para acesso aos dados do *Portal da Transparência*, foi selecionado o item "Despesa Pública". Os indicadores analisados foram "Visão geral da execução da despesa pública" e "Execução da despesa por órgão superior".

Os dados coletados foram alocados em planilhas do programa Microsoft Excel®. Todo material oriundo do "Monitoramento dos Gastos da União com a Covid-19" do portal *Tesouro Nacional Transparente* e do *Portal da Transparência* foram tabulados de modo a organizar valores, proporções, razões, porcentagens, origem e destino dos gastos empenhados no enfrentamento a epidemia do novo coronavírus no Brasil. Com o intuito de facilitar a apresentação e estabelecer correlações de interesse neste estudo, os dados foram organizados em gráficos e tabelas.

A análise dos dados foi feita a partir de dados secundários coletados, ou seja, sem identificação de dados pessoais, cujo conteúdo é de domínio público, por meio do acesso a endereços eletrônicos disponibilizados pelo governo federal. Conforme orienta a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, este estudo respeitou os

1. Confira em: https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19.
2. Confiram em: https://www.portaltransparencia.gov.br/despesas

princípios éticos de pesquisa que envolvem seres humanos, de modo que foi dispensada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

O primeiro ano da epidemia da covid-19 no Brasil foi marcado pelo baixo investimento financeiro aliado às tensões políticas oriundas do negativismo do governo federal (Brasil, 2022). Os dados mostraram que o total de recursos aprovados para o enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2020, correspondeu a R$ 604,7 bilhões. Todavia, somente 86,6% (R$ 524 bilhões) foram empenhados, o que representou aproximadamente 12% dos gastos públicos no referido ano (Massali, 2021). Em contrapartida, os dez países que mais investiram no combate da pandemia em 2020 destinaram de 12% a 22% do seu PIB (Barria, 2020).

A Tabela 1 apresenta os recursos financeiros alocados pelo governo federal para o enfrentamento da pandemia, comparando o gasto público nos anos de 2020 e 2021 em relação à porcentagem do gasto público total durante o mesmo período. Os dados coletados mostram que o valor total pago em 2021 equivale a aproximados R$ 121,4 bilhões, sendo esse valor três vezes menor do que o destinado em 2020. Esse fato explicita o corte feito no investimento público destinado ao enfrentamento da pandemia no ano de 2021.

Tabela 1: Representação da porcentagem dos gastos para o combate da pandemia em relação a porcentagem dos gastos públicos totais

Ano	Valor total pago	Total dos gastos públicos
2020	R$ 524.018.453.907	12%
2021	R$ 121.440.370.845	2.5%

Fonte: Portal da Transparência (Brasil, 2021); Secretaria do Tesouro Nacional (Brasil, 2022).

A Tabela 2 traz a repartição dos valores gastos com a pandemia por Ministério. Em 2020, os valores pagos à pasta da Saúde fecharam em

R$ 39.488.846.330, o que correspondeu a quase 8% do gasto total. Em comparação, o Ministério da Cidadania recebeu 56,5% e o Ministério da Economia 34%. No ano seguinte, o Ministério da Saúde recebeu a segunda maior alocação de recursos, correspondendo a 36,7% do total empenhado. Entretanto, esse valor equivale a um terço do que foi empregado na pasta em 2020. No segundo ano de enfrentamento da pandemia, o Ministério da Cidadania recebeu, aproximadamente, R$ 61 bilhões, valor quatro vezes menor que no ano anterior.

Tabela 2: Gastos por Ministério para o enfrentamento à covid-19 no Brasil, 2020

Gastos com Covid-19 por Ministério	Valor* 2020	%	Valor* 2021	%
Ministério da Cidadania	2.9612.4395.794,00	56,51%	61.713.941.939,00	50,87%
Ministério da Economia	178.703.619.180	34,10%	12.751.477.900	10,51%
Ministério da Saúde	39.488.846.330	7,54%	44.602.980.460	36,77%
Ministério do Turismo	6.077.153.402	1,16%	594.302.471	0,49%
Ministério da Educação	1.192.437.288	0,23%	1.575.661.704	1,30%
Demais Ministérios	2.681.450.221	0,51%	70889135,69	0,06%
Total:	524.018.453.907	**100%**	121.309.253.610	**100%**

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional (Brasil, 2022)

(*): em bilhões de reais

A Tabela 3 demonstra a disparidade entre o primeiro e o segundo ano de pandemia, quando foram aprovados R$ 635,5 bilhões, mas apenas R$ 524,02 bilhões foram empenhados. Já em 2021, dos R$ 150,2 bilhões aprovados, R$ 121,44 foram usados para enfrentamento da covid-19. Diferentemente das despesas orçamentárias, as mortes por covid-19 continuaram a subir em 2021, contabilizando mais de 600 mil mortes ao final do ano (Barbosa, 2021).

Tabela 3: Alocação dos recursos no enfrentamento da covid-19 no Brasil no ano de 2020-2021 e a relaç

Gastos da União com covid-19	Previsto para 2020*
Auxílio emergencial a pessoas em situação de vulnerabilidade	322
Ampliação do Programa Bolsa Família	0,37
Benefício Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda	51,55
Auxílio financeiro aos estados, municípios e DF	79,19
Concessão de financiamento para pagamento de folha salarial	6,81
Transferência para conta de desenvolvimento energético	0,9
Cotas dos fundos garantidores de operações e de crédito	58,09
Financiamento da infraestrutura política	5
Programa Emergencial de Acesso a Crédito - maquininhas	10
Despesas adicionais do Ministério da Saúde e demais ministérios	46,33
Aquisição de vacinas e insumos para prevenção e controle	24,51
Total	**604,75**

Fonte: Portal da Transparência (Brasil, 2021); Secretaria do Tesouro Nacional (Brasil, 2022)
(*): em bilhões de reais

Segundo Salvador (2008), o escasso orçamento público tem sido direcionado para amortizar a dívida pública e o pagamento de juros, por meio do uso de recursos do fundo público. Através do fundo público, o Estado tem a capacidade de transferir recursos para fins de políticas sociais e econômicas.

Nesse sentido, Salvador (2020) afirma que a política fiscal pode ser analisada de duas formas: a política de captação de recursos e a política de aplicação de recursos. A segunda se materializa no orçamento e reflete as prioridades e o dimensionamento de gastos do governo. Historicamente, os governos promoveram uma forte isenção fiscal aos mais ricos e viabilizaram a realização de superávits primários no Brasil. Isso se deu por conta do pensamento neoclássico dos economistas que fundamentaram a economia pública brasileira. Dessa forma, mostra-se, no país, uma forte disputa pelos recursos orçamentários com a captura do fundo público que foi aflorada na pandemia, estimulada pelo governo para o pagamento de

ão entre valor previsto e pago.

%	Pago em 2020*	%2	Previsto para 2021*	%3	Pago em 2021*	%4
53,25%	293,11	55,93%	63,89	42,53%	60,58	49,88%
0,06%	0,37	0,07%	10,67	0,00%	0	0,00%
8,52%	33,5	6,39%	0	7,10%	7,71	6,35%
13,09%	78,25	14,93%	0	0,00%	0	0,00%
1,13%	6,81	1,30%	0	0,00%	0	0,00%
0,15%	0,9	0,17%	0	0,00%	0	0,00%
9,61%	58,09	11,09%	5	3,33%	5	4,12%
0,83%	3,08	0,59%	1,32	0,88%	0,59	0,49%
1,65%	5	0,95%	0	0,00%	0	0,00%
7,66%	42,7	8,15%	43,16	28,73%	25,77	21,22%
4,05%	2,22	0,42%	26,17	17,42%	21,79	17,94%
100%	**524,02**	**100%**	**150,21**	**100%**	**121,44**	**100%**

juros e encargos da dívida pública.

Em situações extremas, como uma emergência sanitária provocada pela pandemia de covid-19, é esperado que as barreiras fiscais, que tendem a colocar limites na utilização do orçamento público pelos governos, sejam diminuídas, com vistas a mobilizar recursos de modo ágil para o enfrentamento do problema vigente. Todavia, esse contexto abre possibilidades para o uso dos recursos para financiar outros interesses de cunho privado.

Nesse sentido, o controle dos gastos públicos deve visar a otimização e a racionalidade no seu uso. Do contrário, ele termina por asfixiar ainda mais as políticas sociais, oferecendo serviços precarizados e negando aos cidadãos as garantias dos seus direitos (Mendes, 2014). Logo, a transparência quanto a origem, destino, valores e empenho da verba pública é fundamental para a garantia da promoção da dignidade humana e o

enfrentamento do novo coronavírus.

DISCUSSÃO

A falta de um plano nacional robusto, em parceria com os estados, de enfrentamento da covid-19 contribuiu fortemente para o avanço da epidemia pelo país no primeiro semestre de 2020 (Adamo, 2021). Os discursos negacionistas do governo federal, capitaneado pelo presidente Jair Bolsonaro, configuraram-se em um imenso obstáculo frente ao novo coronavírus (Sodré, 2020).

Em meio a um cenário de calamidade, em setembro de 2020, o governo federal anunciou a redução do auxílio emergencial de R$ 600,00 para R$ 300,00. De acordo com os dados monitorados pela Controladoria Geral da União (CGU), o Ministério da Cidadania recebeu mais de 9 mil pedidos de informações, dos quais 70% eram ligados ao benefício social (Macedo, 2022). A mudança no valor repassado veio acompanhada da mudança do acesso ao recurso, o que tornou sua distribuição ainda menos efetiva pelos critérios exigidos e não atendendo à real demanda do país.

As concepções controversas a respeito do arranjo econômico e social que permearam o final de 2020 entre os especialistas se divergem quando, após meses de benefício, o governo federal decidiu diminuir drasticamente o valor repassado ao auxílio emergencial sem a garantia de nenhuma outra proteção social destinada a pandemia que ainda estava em curso. No segundo ano de pandemia, a disponibilidade do auxílio se limitou a somente quatro parcelas por família, além da diminuição no repasse do valor que passou a ter o teto de R$ 375,00 (Brasil, 2021). Esse valor correspondeu a 49,8% do orçamento destinado ao enfrentamento da covid-19 em 2021 (Brasil, 2022).

Em relação à assistência à saúde, os governos estaduais e municipais reestruturaram de modo individual seus serviços, estando o enfrentamento da covid-19 centrado, basicamente, na ampliação da oferta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (Santos *et al.*, 2021). Embora as equipes de atenção primária tenham tido papel importante nesse contexto de identificação e monitoramento dos usuários positivos para o novo

coronavírus, a falta de um plano gerencial claro por parte do governo federal contribuiu para que esse nível de atenção não fosse otimizado em seu papel, fragilizando o sistema como um todo (Bousquat *et al.*, 2021). Assim, a centralidade da estratégia dos governos ficou em prover assistência aos pacientes graves, o que demandou um aporte ainda maior de recursos (Sarti *et al.*, 2020).

Outro dado que merece destaque em relação a distribuição dos recursos diz respeito à aquisição das vacinas. Embora ainda não estivessem prontas e aprovadas no mundo no ano de 2020, dezenas de países investiram maciçamente seus recursos no desenvolvimento e aquisição de imunobiológicos antes mesmo deles serem produzidos, testados e liberados pelos laboratórios e pelas agências nacionais de regulação. Nota-se que o valor aprovado para a aquisição das vacinas pelo Brasil foi em torno de 4% de todo o orçamento de enfretamento à pandemia. Todavia, o que de fato foi empenhado até o final do ano não passou de R$ 2,22 bilhões, ou seja, pouco mais de 0,4% de todo recurso destinado à covid-19 (Brasil, 2022). Seguindo na contramão da maioria dos países e do desejo da população brasileira, sobretudo das populações mais vulneráveis, o governo federal seguiu abertamente em sua recomendação de *kits* de medicamentos sem comprovação científica para o tratamento da covid-19 (Mendes, 2014).

Após os entraves vividos em 2020, o Brasil encerrou 2021 com cerca de 143 milhões de brasileiros com o esquema de vacinação completo. Todavia, é importante salientar que esse processo se deu mediante a esforços da comissão científica que reforçou a estratégia da vacinação como o elemento-chave para o combate do vírus. Um estudo, que capturou dados de 2020 a 2021, confirmou essa afirmação ao analisar a influência das vacinas no impacto sobre doenças e as abordagens de incentivo à população hesitante em se vacinar. Esse estudo conclui que há um crescente declínio na confiança da população na eficácia da vacina, e parte disso deriva da forma como as informações chegam a população (Reñosa *et al.*, 2021). Discursos negacionistas e *fake news* são hoje um grande entrave à promoção da confiança do brasileiro.

Para Salvador (2020), diante desse cenário, o governo brasileiro praticamente ignorou os impactos catastróficos ocasionados pela covid-19 no período analisado. Ao estabelecer uma falsa dicotomia entre saúde e economia, manteve sua política de ajuste fiscal, acentuando a austeridade

fiscal, sobretudo nos gastos com as políticas sociais, entre elas as políticas de saúde (Sodré, 2020).

No que se refere a distribuição dos recursos pelos ministérios em 2020, dados da Secretaria Nacional do Tesouro revelam que esses investimentos foram concentrados no Ministério da Cidadania, que recebeu cerca de 56,4% de todo investimento público, e no Ministério da Economia, ao qual foi repassado 34%. O Ministério da Saúde vem em seguida, com 7,5%, valor muito aquém da necessidade da pasta. Mesmo destinando a maior parte dos recursos para o Ministério da Cidadania e da Economia, a disputa pelo fundo público fez o governo federal travar uma batalha com o Congresso Nacional para definir o valor a ser repassado à população. Vale salientar que a proposta inicial do governo, por meio do ministro da Economia, foi de aproximadamente R$ 200,00 por pessoa elegível (Marins *et al.*, 2021; Pinho, 2020).

Para a proteção do direito fundamental à saúde em momento de crise sanitária, até mesmo regras fiscais e orçamentárias precisavam ser relativizadas. No Brasil, houve um indiscutível aumento dos gastos públicos, não previsíveis anteriormente, aliado a uma forte queda na arrecadação, sendo, porém, incerto a real dimensão da crise sanitária.

Cabe salientar que o avanço do empobrecimento no país expõe um vertiginoso processo de assistencialismo da miséria no Brasil (Behring; Boschetti, 2020). O repasse de valores irrisórios à população mais vulnerável expõe a desigualdade que se amplificou no país. Momentos de crise sanitária, como essa instalada mundialmente pela covid-19, requereram dos estados nacionais medidas robustas que garantam a proteção de sua população.

Os dados obtidos através da Secretaria do Tesouro Nacional expõem uma disparidade entre o volume de recursos totais em relação ao repasse feito especificamente para combate da covid-19, que permaneceu estagnado com o passar do tempo. Os recursos cronicamente insuficientes destinados ao SUS, em meio a pandemia, ficaram evidenciados desde o segundo mês (fevereiro de 2020) de enfrentamento da doença, quando, de R$ 11,3 milhões autorizados como previsão de gastos, apenas R$ 131,7 mil foram alocados ao Ministério da Saúde (Brasil, 2021).

Para Sodré (2020), a negação do governo federal sobre a gravidade da pandemia rivalizou com as diretrizes que foram propostas pelo Ministério

da Saúde durante boa parte do período. Os constantes questionamentos do presidente sobre a atuação do então ministro da Saúde, Henrique Mandetta, culminaram com a saída do chefe da pasta, uma vez que ele insistia nas orientações de isolamento social da população. Embora Mandetta veiculasse em seus discursos diários, seja pela televisão ou pela internet, uma agenda de valorização do SUS, a centralidade do enfrentamento da pandemia na expansão das "UTIs e enfermarias covid" por todo o país culminou na compra desenfreada de leitos na iniciativa privada, transferindo uma quantidade significativa dos recursos públicos para esse fim (Sodré, 2020).

Após a saída de Mandetta, Nelson Teich assumiu o Ministério. Médico e ligado aos grandes grupos empresariais hospitalares, ficou apenas um mês no comando da pasta. Em seguida, o terceiro ministro da Saúde em menos de um ano de pandemia no país foi o general do exército Eduardo Pazuello (Sodré, 2020). Desse ponto em diante, vários cargos do executivo na pasta da Saúde passaram a ser ocupados por militares durante os dois primeiros anos da pandemia.

Apesar das constantes mudanças em relação à direção do Ministério da Saúde, o volume de recursos destinados à pasta permaneceu sempre na mesma escala, mesmo com a intensificação dos efeitos nocivos causados pela covid-19 no Brasil. Durante a primeira e a segunda onda da pandemia, os recursos, que já eram escassos, tornaram-se insuficientes, estrangulando o orçamento de estados e municípios (Santos, 2018).

Em relação a origem desse recurso, a maior parte tem origem em Títulos de Responsabilidade do Tesouro Nacional. Somado a isso, a análise das despesas pagas e previsões de gastos oriundos de transferência de recursos da União revelou a morosidade e a falta de planejamento na alocação de recursos em vários ministérios (Monteiro *et al*., 2021). A obtenção de recursos por meio de linhas de crédito por conta da pandemia foi aprovada em caráter excepcional pelo Congresso Nacional, por intermédio da Emenda Constitucional nº 106 (Salvador, 2020).

Conforme destaca Souza (2020), o fundo público tem sido alvo de ataques na atual fase do capitalismo. Essa realidade tem impactado negativamente sobretudo as políticas sociais. Em um sistema universal como o SUS, o ataque ao fundo público se configura no próprio sucateamento do sistema, uma vez que o subfinanciamento crônico atrelado aos cortes

progressivos no orçamento terminam por limitar o alcance dos seus princípios doutrinários, como a universalidade, a equidade e a integralidade das suas ações (Souza, 2020).

Conforme destaca Salvador (2008), a estratégia usada pelos portadores de títulos públicos é a condição de "credor" do setor público, o que encobre a condição de privilégio na política econômica, em especial a fiscal e monetária. Por fim, esses "credores" recebem grandes recursos do fundo público, o que limita políticas sociais e, consequentemente, investimento público.

Ainda na construção dessa análise financeira, nota-se que a disputa dos recursos orçamentários no Brasil é marcada por uma política fiscal de ajustes permanentes desde 1993. Desde então, são usados instrumentos de desvinculações que retiram recursos das fontes tributárias exclusivas da seguridade social. Um dos elementos centrais da política fiscal de ajuste permanente é a busca da realização do superávit primário como porta de entrada para os rentistas e maior captação do fundo público para o pagamento de dívida pública e juros (Salvador, 2020).

Aliado a isso, há o congelamento e a redução de gastos sociais e, também no âmbito orçamentário, com servidores públicos. De acordo com Salvador (2020), essas medidas põem em risco a concepção da seguridade social ampliada e tornam o acesso aos direitos sociais mais penoso. Para ele, a política de austeridade fiscal – a face contemporânea da política fiscal de ajuste permanente – é característica da vertente neoliberal, pois reduz os gastos públicos e diminui o papel do Estado como promotor do bem-estar social.

Inquestionavelmente, finanças públicas é um assunto amplo e complexo, que exige a análise da composição dos gastos e da dívida pública, observando as dinâmicas usadas ao longo do tempo no sistema econômico e social, o que vai muito além de uma análise numérica anual (Salvador, 2020). Sendo assim, para a construção de uma análise, é necessário observar a construção da matriz econômica nos anos que antecederam a crise econômica a ser observada.

Dessa forma, o monitoramento da origem dos recursos torna-se tão relevante quanto o seu destino. A disputa pelo fundo público tem se tornado cada vez mais acirrada, causando impactos nocivos às políticas sociais. Como destaca Santos *et al.* (2021), sobretudo em momentos de crise – como a que vivemos na atualidade com a pandemia –, a apropriação

dos recursos das políticas sociais torna-se ainda mais intensa, resultando em políticas subfinanciadas e de pouco alcance, penalizando toda a população, principalmente a parcela mais vulnerável.

Por fim, algumas limitações deste estudo devem ser destacadas. A primeira refere-se à qualidade dos dados disponibilizados pelos sites do governo, uma vez que parte deles pode não ter sido informado. Em segundo lugar, a ausência de outro banco de dados acerca dos gastos do governo face ao enfrentamento das crises. A terceira limitação é a confiança nos dados fornecidos, por apresentarem inconstância além de muitos não serem atualizados a partir de agosto de 2021.

CONCLUSÃO

Os gastos em saúde são fundamentais para o enfrentamento de crises sanitárias quando espera-se uma ação de caráter emergencial, como foi o caso da covid-19. Todavia, a pandemia explicitou a fragilidade do governo federal em dar respostas rápidas e robustas frente a demanda que se impôs. O baixo volume de recursos financeiros alocados revela o descaso do governo brasileiro com a saúde da população. Cabe lembrar que o sucateamento do SUS não é uma situação nova, mas um projeto que se prolonga desde a sua criação e que foi exacerbado em 2016 com a aprovação do teto dos gastos na Saúde e na Educação.

A postura de negação dos efeitos da pandemia por parte do governo federal culminou em uma série de impedimentos para a construção de uma agenda nacional para o enfrentamento do problema. Com a crescente situação de vulnerabilidade a qual milhões de brasileiros foram submetidos, o governo lançou mão de um auxílio emergencial pífio, que não atendia às necessidades daqueles que precisavam, mesmo concentrando a maior parte dos recursos destinados à covid-19 nos ministérios da Cidadania e da Economia.

A falta de coordenação nacional e as constantes trocas de ministros da Saúde tornaram a construção de um plano nacional de enfrentamento à pandemia inviável. Por certo, diante desse cenário de incertezas por parte do governo federal, a alocação dos recursos termina por ser menos

efetiva e mais dispendiosa, já que a falta de projeto limita a aplicação e o monitoramento mais efetivo. Outrossim, a centralidade na ampliação da oferta de leitos deixou em segundo plano estratégias preventivas, tais como testagem maciça da população, monitoramento de casos suspeitos e confirmados, garantia de auxílio para que as pessoas possam cumprir isolamento social amparadas, capacitação e valorização dos profissionais de saúde, fortalecimento da Atenção Primária dentre outros fatores.

Nesse cenário, a falsa dicotomia entre escolher a Economia ou a Saúde escondeu objetivos particulares de grupos empresariais da sociedade que historicamente ocupam a pauta social do Estado, sobretudo reduzindo recursos que são destinados ao ordenamento das políticas sociais. O ataque ao fundo público cumpre a agenda de acumulação capitalista. A obtenção de grande parte dos recursos via Tesouro Direto faz mover com ainda mais intensidade essa engrenagem, aumentando a dívida pública do Estado brasileiro as custas do enriquecimento de uma minoria que não produz.

Desse modo, esse trabalho contribuiu para evidenciar a importância do acompanhamento e monitoramento do recurso público por parte da sociedade civil. Num país que ultrapassou mais de 700 mil mortes causadas pela covid-19, é imperativo que a sociedade civil organizada esteja atenta aos projetos de governo e se faça presente no acompanhamento, monitoramento e, principalmente, na disputa desses recursos, com vistas à otimização de sua aplicação em prol dos interesses da coletividade.

REFERÊNCIAS

ADAMO, I. P. A história de Bolsonaro com hidroxicloroquina em 6 pontos. **BBC News Brasil**, São Paulo, 21 mai. 2021. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/brasil-57166743. Acesso em: 26 ago. 2022

BARBOSA, M. Gastos do governo com a pandemia caíram 80% em 2021. **Poder 360**, 26 ago. 2021. Disponível em: https://www.poder360.com.br/economia/gastos-do-governo-com-a-pandemia-cairam-80-em-2021. Acesso em: 26 ago. 2022

BARRIA, C. Coronavírus: os 10 países que mais gastaram por causa da pandemia de

covid-19. **BBC News Brasil**, São Paulo, 19 mai. 2020. Disponível em: https://www.bbc.com/portuguese/internacional-52721417. Acesso em: 03 jun. 2022.

BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. "Transferência de renda", livro de visitas e oportunidade: para uma crítica à esquerda. **Esquerda Online**, 18 ago. 2020. Disponível em: https://esquerdaonline.com.br/2020/08/18/transferencia-de-renda-teto-de-gastos-e-oportunismo-para-uma-critica-de-esquerda. Acesso em: 08 jun. 2022.

BOUSQUAT, A. *et al*. Pandemia de covid-19: o SUS mais necessário do que nunca. **Revista USP**, v. 1, n. 128, 2021.

BRASIL. Recursos Federais destinados ao combate da pandemia de CORONAVÍRUS (COVID-19). Portal da Transparência, 2021. Disponível em: https://portaldatransparencia.gov.br/coronavirus despesas?de=01%2F01%2F2022&ate=31%2F12%2F2022&ordenarPor=mesAno&direcao=desc . Acesso em: 20 mai. 2022.

BRASIL. Governo Federal. **Monitoramento dos gastos da União com Combate à COVID-19**. Brasília, DF: Ministério da fazenda, 2022. Disponível em: https://www.tesourotransparente.gov.br/visualizacao/painel-de-monitoramentos-dos-gastos-com-covid-19. Acesso em: 8 mai. 2022.

MACEDO, I. Auxílio emergencial é o tema da maioria das perguntas do Ministério em 2021. **Portal R7**, 16 jan. 2022. Disponível em: https://noticias.r7.com/brasilia/auxilio-emergencial-eo-tema-mais-questionado-de-ministerio-em-2021-16012022. Acesso em: 8 mai. 2022.

MARINS, M. T.; RODRIGUES, M. N.; SILVA, J. M. L. DA; SILVA, K. C. M. DA; CARVALHO, P. L. Auxílio Emergencial em tempos de pandemia. **Soc estado** [Internet], v. 36, n. 2, p; 669-692, maio 2021.Disponível em: https://doi.org/10.1590/s0102-6992-202136020013. Acesso em: 8 mai. 2022.

MASSALI, F. Covid-19: Brasil tem 10.282 jogos e 72 mortes em 24 horas. **Agência**

Brasil, 31 dez. 2021. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-12/covid-19-brasil-tem-10282-casos-e-72-mortes-em-24-horas. Acesso em: 20 mai. 2022.

MENDES, A. O fundo público e os impasses do financiamento da saúde universal brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1183-1197, 2014.

MONTEIRO, J. J. *et al*. Reflexos da covid-19 no orçamento público do governo federal. **Revista Gestão Organizacional**, Chapecó, v. 14, n. 1, 2021.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2. 2020.

OLIVEIRA, A. C; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da COVID-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto & Contexto Enfermagem**, São Paulo, v. 29, 2020.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Doença do Coronavírus (COVID-2019):** relatório de situação. Genebra: OMS, 2020.

PINHO, M. Guedes anuncia auxílio de R$ 200 mensais a trabalhadores informais. **Portal R7**, 18 mar. 2020. Disponível em: https://noticias.r7.com/brasil/guedes-anuncia-auxilio-de-r-200-mensais-a-trabalhadores-informais-18032020. Acesso em: 26 ago. 2022.

REÑOSA, M. D. *et al*. Nudging toward vaccination: a systematic review. **BMJ Global Health**, v. 6, n. 9, 2021.

SALVADOR E. **Fundo público no Brasil**: Financiamento e destino dos recursos da seguridade social (2000 a 2007). Brasília, DF: Departamento de Serviço Social, Instituo de Ciências Humanas, Universidade de Brasília, 2008. 395 p.

SALVADOR, E. S. Disputa do fundo público em tempos de pandemia no Brasil. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 1-15, 22 dez. 2020.

SANTOS, H. L. *et al*. Gasto público com internações para tratamento da Covid-19

em 2020 no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 55, 2021.

SANTOS, V. M. A captura do fundo público na política de saúde: o fortalecimento do setor privado. **Argumentum**, Espírito Santo, v. 10, n. 3, 2018.

SARTI, T. D. *et al*. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n.2, 2020.

SODRÉ F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

SOUZA, D. O. Financeirização, fundo público e os limites à universalidade da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, 2020.

12

MARILENE GONÇALVES FRANÇA
ADRIANA ILHA DA SILVA

ANÁLISE DOS INSTRUMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E DE PLANEJAMENTO DA SAÚDE NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA-ES

INTRODUÇÃO

A ação do Estado para consolidação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe um aporte apropriado de recursos e um processo de planejamento que assegure que as necessidades de saúde da população sejam priorizadas poder público.

Nesse sentido, o orçamento público "[...] é a materialização da ação planejada do Estado para manutenção de suas atividades e execução dos seus projetos, assim como permite a visualização do direcionamento das ações do Estado e de suas efetivas prioridades" (Salvador, 2010, p. 49). É ainda utilizado como instrumento de controle e direcionamento de gastos (Oliveira, 2009).

No Brasil, a Lei nº 4.320, de 17 março de 1964, instituiu as normas para a elaboração e controle dos orçamentos e dos balanços da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. O art. 2º, estabeleceu que "[...] a Lei do Orçamento conterá a discriminação da receita e despesa de forma a evidenciar a política econômico-financeira e o programa de trabalho do governo, obedecidos os princípios de unidade universalidade e anualidade" (Brasil, 1964, p. 1).

Antes de 1988, o orçamento público no Brasil era centralizado exclusivamente no Poder Executivo, com o esvaziamento do Poder Legislativo. Com a instituição na Constituição Federal de 1988 (CF/88) do campo das finanças públicas, ocorreu os processos de reordenamento institucional e de unificação do orçamento e o fortalecimento da Federação e do papel do Congresso Nacional, recuperando as prerrogativas do Poder Legislativo em matéria orçamentária (Salvador, 2010).

No tocante à tentativa de recuperar o papel planejador do Estado, a CF/88 criou mais duas peças orçamentárias: o Plano Plurianual (PPA) e a

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). Desse modo, o Ciclo Orçamentário passou a ser composto pela PPA, pela LDO e pela Lei de Orçamento Anual (LOA), que compreende as metas e prioridades a serem executadas da administração pública, em geral, e da saúde, em particular. O principal objetivo desses instrumentos do processo orçamentário é integrar as atividades de planejamento e orçamento, visando assegurar a execução das políticas governamentais nos municípios, estados e Distrito Federal, assim como no âmbito nacional. Cumpre ressaltar que essas leis são iniciativas do Poder Executivo, que encaminha ao Poder Legislativo para apreciação e aprovação de cada esfera administrativa (Salvador, 2010).

Nesse sentido, a descentralização consolidou-se como um dos princípios fundamentais na constituição de um sistema político administrativo, em que as diferentes esferas federativas compartilham as responsabilidades pela formulação, financiamento, execução e fiscalização das ações (Cardoso Junior, 2011). Desse modo, o planejamento foi direcionado para os diferentes níveis de governo, com ênfase para os municípios, os quais foram elevados à categoria de entes federados responsáveis pela formulação e implementação de políticas públicas (Lima *et al.*, 2020). Assim, a partir da CF/88, os municípios foram responsabilizados pela elaboração e execução das peças orçamentárias de planejamento, bem como pela eficácia de suas ações (Cardoso Junior, 2011; Lima *et al.*, 2020).

Na segunda metade dos anos 1990, foram instituídas novas medidas para que os processos de planejamento e orçamento se constituíssem como prática de atuação do Estado e não meramente uma condução formal. Para isso, foram publicadas a Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, da Secretaria de Orçamento e Finanças (SOF) do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e a Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei nº 101/2000). Ambas inserem os programas como elemento-chave para efetivação das políticas públicas e consequentemente de seus gastos, tornando o planejamento instrumento essencial para determinar as prioridades de recursos, seja no âmbito das receitas, seja no das despesas, contribuindo para o aprimoramento do processo orçamentário (Mendes, 2005).

Na área da Saúde, o processo cíclico de planejamento para operacionalização integrada, solidária e sistêmica do SUS incorporou a lógica de trabalhar os recursos orçamentários de forma planejada em suas normativas para o sistema nacional de saúde. Assim, foram institucionalizados os

instrumentos de planejamento no SUS que se interligam sequencialmente: o Plano Municipal de Saúde (PMS), as respectivas Programações Anuais de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG) (Brasil, 2013, 2016).

A CF/88 definiu a necessidade de integração entre os instrumentos de planejamento da Saúde e os instrumentos de planejamento e orçamento de governo, com o estabelecimento de compatibilização entre os mesmos em cada esfera de gestão, visando a efetividade das políticas de saúde (Brasil, 1988, 2013). Nesse ensejo, Mendes (2017) propôs um novo modelo de gestão orçamentário-financeiro, fundamentado no conceito ampliado de gestão, que integra as funções de planejamento, orçamento, execução orçamentária, acompanhamento, controle público e a avaliação. Esse modelo contempla a relação entre o planejamento da política de saúde e orçamento, em um fluxo permanente com o intuito de alcançar os resultados esperados da Saúde.

Apesar das exigências legais para normatizar a elaboração do processo orçamentário, as experiências brasileiras demonstram que os entes municipais estão distantes dessa integração sistemática entre planejamento e orçamento, pois os seus instrumentos de gestão orçamentário-financeiro não conseguem responder e expressar as necessidades locais (Mendes, 2017), o que dificultado o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação dos gastos na Saúde.

Neste capítulo, analisou-se os instrumentos de planejamento orçamentário e de gestão da Saúde do município de Vitória/ES, quanto a sua estrutura formal estabelecida pelas legislações nacionais vigentes. Para tanto, elegeu-se para análise os instrumentos do processo orçamentário – PPA, LDO e LOA – e os instrumentos de planejamento da Saúde – PMS, PAS e RAG – referentes ao período do estudo de 2009 a 2019.

METODOLOGIA

Esta trata-se de uma pesquisa documental e quantitativa, que analisou os instrumentos de planejamento orçamentário e de gestão da Saúde do município de Vitória/ES. A opção pela esfera municipal se deu pela importância dos municípios na prestação dos serviços de saúde, dado o modelo

federativo brasileiro e considerando o seu protagonismo e complexidade na dinâmica dos repasses financeiros.

Os dados para analisar os instrumentos de planejamento orçamentário financeiro municipal foram obtidos pelo levantamento das peças orçamentárias – PPA, LDO e LOA – no Portal de Transparência do Município de Vitória/ES. Esse sistema permite o acompanhamento das receitas e despesas da administração municipal, dos relatórios de gestão fiscal, bem como de outras informações relativas à gestão municipal (Vitória, 2021). Em relação aos instrumentos de planejamento da Saúde – PMS, PAS e RAG –, eles foram identificados no sítio eletrônico da referida prefeitura. Cumpre destacar que alguns desses documentos não estavam disponibilizados para acesso público e, para obtenção dos mesmos, foi necessário consultar o Sistema de Apoio à Construção do Relatório de Gestão (SARGSUS)[1], do Ministério da Saúde.

Após o levantamento dos instrumentos, procedeu-se a uma leitura integral e criteriosa do seu conteúdo. A análise documental realizada na sequência foi baseada nas exigências da legais no que tange a estruturação dos documentos dos instrumentos orçamentários, tendo como referência: a Lei nº 4.320/1964, o art. nº 165 da CF/1988, a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e a Emenda Constitucional nº 109, de 15 de março de 2021. Em relação aos instrumentos do planejamento da Saúde, observou-se se os mesmos estavam conforme a recomendação da Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013 (Brasil, 2013).

Para este estudo em particular, procurou-se, a partir das peças orçamentárias e dos instrumentos de planejamentos, analisar os itens descritos no Quadro 1.

1. O SARGSUS é uma ferramenta eletrônica desenvolvida pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde em conjunto com o DATASUS, com o objetivo de apoiar os gestores municipais na elaboração e envio do Relatório Anual de Gestão (RAG) ao Conselho de Saúde. O sítio eletrônico do sistema é de domínio público e livre acesso (https://sargsus.saude.gov.br/) (Brasil, 2012a).

Quadro 1: Itens analisados nos instrumentos orçamentários e planejamento de Saúde

Instrumentos Orçamentários			Instrumentos de Planejamento da Saúde		
PPA	**LDO**	**LOA**	**PMS**	**PAS**	**RAG**
I- diretrizes estratégicas para função saúde;	I- metas e prioridades para função saúde;	I- previsões de receitas para função saúde;	I- análise da situação de saúde com base no Mapa da Saúde;.	I- diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde;	I- resultados das ações da PAS;
II- programas para função saúde;	II- anexo das metas fiscais	II - previsão /fixação de despesas para função saúde;	II- diretrizes do plano;	II- ações de saúde anualizadas ;	II- metas da PAS previstas e executadas.
III- objetivos para função saúde;			III- objetivos;	III- metas anualizadas;	III- resultados dos indicadores
IV- ações orçamentárias para função saúde;			IV- metas (físicas e financeiras);	IV- previsão de alocação de recursos orçamentários	IV- análise da execução orçamentária
V- indicadores para função saúde;			V- indicadores;		
VI - metas (físicas e financeiras) para função saúde;			VI- monitoramento e Avaliação.		

Fonte: Elaboração Própria.

Neste trabalho, foram analisados quatros PPAs estabelecidos para o período da pesquisa – 2006 a 2009; 2010 a 2013; 2014 a 2017; e 2018 a 2021 – e 11 documentos de LDO e LOA, de modo a contemplar o período do estudo (2009 a 2019). Em relação, aos instrumentos de planejamento da Saúde, relacionou-se os quatros PMS estabelecidos para o período de estudo – 2006 a 2009; 2010 a 2013; 2014 a 2017; e 2018 a 2021 – bem como os 11 documentos PAS e RAG que abrangiam o período de 2009 a 2019, proposto para o estudo.

Cumpre ressaltar que, para efeito de comparação e de análise, os dados foram ajustados utilizando-se o valor corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) de dezembro de 2019. A pesquisa atende aos fundamentos éticos e científicos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012b), sendo dispensada a submissão ao Comitê de Ética, já que não envolve seres humanos e emprega informações coletadas de sistemas de domínio público.

Quadro 2: Plano Plurianual dos períodos de 2006-2009, 2010-2013, 2014-2017, 2018-2021 do munic

Lei	Programa	Objetivo	Ação
Lei Nº 6.375 - Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2006/2009.	Atenção Integral à Saúde do Cidadão	Redução da morbimortalidade e melhoria da qualidade de vida dos munícipes	Organização, Regulação e M do Sistema de Atenção Hos Urgência e Emergência
			Reorganização, Ampliação e Manutenção da Atenção
			Reorganização, Ampliação Manutenção da Atenção Es
	Vigilância em Saúde	Realizar ações de promoção e proteção à saúde com práticas de vigilância à saúde que visem a redução de danos e riscos que interferem na saúde da coletividade.	Aprimoramento dos Serviç Vigilância Sanitária (VISA)
			Promoção à Saúde
			Reorganização e Manutenç da Vigilância Ambiental
			Reorganização e Manutenç Vigilância Epidemiológica

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise da estrutura dos PPAs, observou-se que eles contemplavam diretrizes – traduzidas nos programas –, objetivos, ações, metas físicas e financeiras e indicadores para cada quadriênio (Quadro 2), conforme preconiza o art. 165 da CF/88, para organização da atuação governamental e para a ordenação da apresentação dos planos (Brasil, 1988). A qualificação na estruturação do PPA também, foi mencionada no estudo desenvolvido por Weiller (2014), na lógica de conceituação ampla de cada programa, com melhora da abertura do número e descrição de suas ações e metas.

ípio de Vitória/ES

	Produto	Unidade Média	META	Total
Manutenção spitalar,	Rede organizada e regulada	Unidade	1	*351.661.551,70*
, Regulação Básica	Ação reorganizada	Percentual	100	
, Regulação e specializada	Consultas especializadas ofertadas	Unidade	149.217	
ços de)	Estabelecimento regularizado	Percentual	100	45.898.021,65
	Ação realizada	Unidade	67.837,00	
ção	Serviço reorganizado	Unidade	5	
ção da	Vigilância reorganizada	Percentual	100	

Lei	Programa	Objetivo	Ação
Lei Nº 7.845 - Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2010/2013.	Vigilância em Saúde	Realizar ações de promoção e proteção à saúde com práticas de vigilância à saúde que visem a redução de danos e riscos que interferem na saúde da coletividade.	Vigilância Ambiental
			Vigilância Epidemiológica
			Vigilância Sanitária
	Atenção Integral à Saúde do Cidadão	Reduzir a morbimortalidade, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, visando a integralidade do cuidado em saúde.	Construção, readequação, e aquisição de equipament para a atenção básica
			Construção, readequação, e aquisição de equipament para a atenção especializad
	Gestão do SUS	Realizar ações que visem fortalecer, aprofundar e aperfeiçoar a gestão democrática e descentralizada do SUS, estabelecendo novos modelos de atenção. Ampliar a participação e a capacitação dos diversos seguimentos da sociedade para o exercício do controle social e implantar mecanismos de defesa da população no sistema.	Educação Permanente em
			Controle Social
			Ouvidoria
			Regulação da Atenção a Sa

	Produto	Unidade Média	META	Total
	Imóveis visitados	Percentual	91	61.595.861,18
	Notificação de doença compulsória monitorada	Percentual	100	
	Inspeções realizadas em estabelecimentos cadastrados	Percentual	65	
ampliação os	Unidade Básica de Saúde em funcionamento	Unidade	5	357.856.072,01
ampliação os la	Unidade Construída e Equipada	Unidade	4	
Saúde	Escola Técnica do SUS de Vitória Implantada.	Escola	1	26.770.549,99
	Conselheiros capacitados	Pessoas	960	
	Implantar Ouvidoria	Unidade	1	
úde	Ações e serviços de saúde sob gestão municipal, regulados, controlados e avaliados.	Percentual	100	

Lei	Programa	Objetivo	Ação
Lei Nº 8.783 - Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2014/2017.	Cuidando da Saúde das pessoas	Reduzir a morbimortalidade e incorporar práticas de Vigilância em Saúde, por meio de ações de promoção, prevenção, recuperação, reabilitação, visando a integralidade do cuidado.	Assistência Farmacêutica
			Atenção à Urgência e Eme
			Atenção Básica
			Atenção Especializada
			Atenção Hospitalar
			Educação Permanente e humanização na Saúde
			Regulação, controle e avali
			Vigilância Ambiental
			Vigilância em Saúde do tra
			Vigilância Epidemiológica e promoção da saúde
			Vigilância Sanitária

	Produto	Unidade Média	META	Total
	Proporção de Tratamentos completos de acordo com a REMUNE atendidos	Percentual	90	
rgência	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	Unidade	1	
	Estratégia da Saúde da Família (ESF) em Unidades de Saúde implantadas	Unidade	5	
	Especialidades Odontológicas na rede SEMUS ofertada	Unidade	4	
	Maternidade de Risco Habitual sob a gestão municipal disponibilizada	Unidade	1	
	Projetos/Cursos de formação em saúde	Unidade	270	
lação em saúde	Serviços regulados, controlados, avaliados e auditados, conforme programações pactuadas	percentual	100	591.705.176,29
	Animais vacinados na campanha anual de vacinação antirrábica	Percentual	83	
balhador	Notificação das doenças relacionadas ao trabalho implantadas no município de Vitória	Percentual	10	
	Doenças de notificação compulsória oportunamente encerradas	Percentual	90	
	Ações de educação em saúde para o setor regulado realizadas	unidade	100	

Lei	Programa	Objetivo	Ação
Lei Nº 9.236 - Dispõe sobre o Plano Plurianual para o período 2018/2021.	Atenção à Saúde do Cidadão	Desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde do cidadão, bem como a Política de Educação permanente para qualificar as práticas de atenção e gestão em saúde.	Assistência Farmacêutica
			Educação Permanente em
			Gestão da Saúde
			Hortas Urbanas e Comuni
			Manutenção das Edificaçõ Públicas - SEMUS
			Rede de Atenção à Saúde
			Vigilância em Saúde

*Valores atualizados com base IPCA/IBGE de 12/2019.

Fonte: Portal Transparência Vitória (Vitória, 2021). Elaboração própria.

	Produto	Unidade Média	META	Total
	Tratamentos completos de acordo com a padronização vigente	Percentual	85	264.684.505,28
Saúde	Projetos planejados e executados/	Percentual	65	
	Serviços de saúde avaliados pelo cidadão com notas acima de 8	Percentual	88	
tárias	Hortas implantadas	Unidade	16	
es	Contratos renovados e executados	Percentual	80	
	Serviços municipais de saúde organizados em rede	Percentual	100	
	Fontes notificadoras de doenças e agravos de notificação compulsória	Unidade	90	

Destaca-se que os PPAs referentes aos anos de 2006-2009 e de 2010-2013 apresentavam dois programas e dois objetivos, em relação a função saúde, com escritas similares. Cumpre destacar que a gestão municipal permaneceu a mesma nesse período (reeleição do governo do Prefeito João Coser do Partido dos Trabalhadores). Situação semelhante foi observada no estudo de Lima *et al.* (2020), que analisou os PPAs dos municípios da região metropolitana de Porto Alegre e observou que três dos PPAs analisados exibiam uma redação idêntica das diretrizes, o que, segundo os autores, pode indicar uma utilização padronizada e artificial das diretrizes, tornando-as inócuas.

Em relação aos objetivos, observou-se que suas descrições eram amplas, pois abrangiam diferentes campos de atuação na área da Saúde, permitindo que diversas ações fossem elencadas. Porém, o texto apresentava-se de forma concisa nos documentos. Notou-se que, nos primeiros três quadriênios analisados, a sua redação se estruturou de maneira semelhante, identificando-se somente um detalhamento no que se pretendia alcançar. Nos últimos quatro anos, o texto foi descrito num formato diferente, fazendo a inserção da educação permanente na qualificação da atenção e gestão.

As metas físicas, por sua vez, foram estabelecidas para cada ação/produto em 100% dos programas. Por outro lado, as metas financeiras foram previstas somente por programa, impedindo a avaliação de quanto foi previsto para cada ação/produto.

Assim, no período de 2006 até 2017 não foi possível verificar, nos PPAs, os valores destinados para cada ação (metas financeiras), pois os recursos estavam descritos por programa, não sendo possível verificar, por exemplo, o montante direcionado à subfunção atenção básica. Cumpre destacar que, no último PPA (2018 a 2021), foi descrita a meta financeira por ação orçamentária, porém, para o referido quadriênio, não foi possível, por exemplo, identificar o montante relacionado diretamente à atenção básica, pois, nessa ação ("Rede de Atenção à Saúde), foi relacionada mais de uma subfunção.

Em relação aos indicadores, as suas proposições foram identificadas em todos os PPAs. Contudo, no último quadriênio (PPA 2018 a 2021), não foi estabelecido os índices (o Índice Recente/posição atual e suas metas correspondentes; e o Índice Futuro, que corresponde a meta a

ser atingida ao final do plano) para os indicadores dos PPAs do referido ano. Tal situação impossibilitou medir o desempenho do indicador e, consequentemente, do programa Atenção à Saúde do Cidadão ao longo dos quatros anos. Outro ponto a ressaltar foi a proposição de indicadores sem o direcionamento à ação prevista, o que, na análise do desempenho do programa, dificulta a identificação de quais ações tiveram impacto em seus resultados, pois não permite correlacionar as ações que obtiveram resultados cumpridos ou não. Ademais, há ações previstas que não foram possíveis correlacionar ao indicador proposto ao comportamento de execução, o que comprometeu a avaliação das ações desenvolvidas.

Desse modo, observou-se que os PPAs, nos períodos analisados, possuíam a estrutura mínima para sua composição. Porém, alguns elementos apresentaram fragilidades e incompletudes no que tange a: proposição de programas e objetivos, que apresentavam textos repetitivos; metas financeiras, somente previstas por programas, impedindo a avaliação de quanto foi previsto para cada ação/produto; e ausência de índices na pactuação dos indicadores, que impossibilitou a avaliação dos resultados alcançados. Tais resultados, permitem indagar se realmente esse instrumento tem cumprido sua função de articular o planejamento de políticas com a previsão orçamentária correspondente. Nesse sentido, Lima *et al*. (2020) apontam que o PPA pode ter pouca utilidade em termo de implementação de políticas, tornando-se meramente um instrumento burocrático constitucional.

No que se refere aos PMSs, verificou-se que os formatos dos documentos contemplavam de forma parcial a estrutura mínima para sua elaboração. Desse modo, apresentaram os itens de "análise situacional, definição de diretrizes, objetivos e metas", embora de forma diferenciada no que tange a sequência e/ou ordenação desses elementos.

Em relação ao "monitoramento e avaliação", somente o PMS de 2010 a 2013 apresentava esse item no seu documento, os demais planos apenas faziam menção que o monitoramento e a avaliação seriam realizados ao longo dos anos. No que diz respeito à "submissão da apreciação e aprovação do Conselho de Saúde", com exceção do PMS de 2006 a 2009, que não mencionou esse aspecto, todos os outros apresentaram as resoluções de apreciação pelo referido órgão. Esse fato é de extrema relevância, pois os Conselhos de Saúde, enquanto instâncias competentes para o exercício

do controle e fiscalização das políticas e gastos públicos de saúde, são fundamentais para o controle social e um dos meios à concretização da transparência dos atos públicos (Brasil, 1990; Andrade *et al.*, 2013)

No que concerne aos "indicadores", nenhum PMS trouxe, em sua estrutura, os indicadores relacionados às metas propostas para o quadriênio. Somente mencionaram que as execuções seriam acompanhadas por meio do cumprimento das pactuações interfederativas, pelo monitoramento dos instrumentos de gestão pertinentes, por mecanismos de controle e avaliação e pela mensuração de indicadores de saúde gerenciais selecionados pela municipalidade. Dessa forma, não detalharam quais indicadores haviam sido pactuados para o município naquele quadriênio.

As fragilidades identificadas nesta pesquisa quanto à estruturação do PMS também foram encontradas em outros estudos (Fuginami, 2019; Oliveira; Silva, 2020; Cruz *et al.*, 2017). Considerando que o PMS é a base para a execução, o acompanhamento e a avaliação da gestão do sistema de saúde em cada esfera de gestão, torna-se fundamental que sua elaboração e estruturação considere os elementos mínimos propostos pela legislação vigente e por documentos norteadores, de forma a consolidar as políticas e compromissos de saúde, visando atender as necessidades de saúde da população (Brasil, 2013; 2016). Assim, faz necessário que sua construção envolva participações de diferentes atores, para que, de fato, seja um instrumento estratégico para o funcionamento efetivo do planejamento do SUS.

Cumpre ressaltar que, apesar das fragilidades encontradas, constatou-se uma evolução, do primeiro quadriênio para o último, no que tange à elaboração do PMS. Notou-se uma definição mais precisa e definida das diretrizes e dos objetivos dos planos, conforme orientava o Sistema de Planejamento do SUS (Planeja SUS), no qual as diretrizes devem indicar as linhas de ação a serem seguidas, sob a forma de um enunciado-síntese, delimitando a estratégia geral e as prioridades do PMS (Brasil, 2009), e segundos objetivos devem discorrer sobre "o que se pretende fazer acontecer a fim de superar, reduzir, eliminar ou controlar os problemas identificados (Brasil, 2009, p. 198).

Ademais, observou-se progressos das metas estabelecidas, bem como da proposição dos resultados esperados, mais quantificáveis ao longo

do período. Isso é de suma importância, pois dizem respeito à efetividade das medidas adotadas sobre a situação de saúde da população e da gestão do sistema de saúde (Brasil, 2009). Considerando que as metas "são expressões quantitativas de um objetivo. [...] concretizam o objetivo no tempo, esclarecem e quantificam o que vai ser feito, para quem vai ser feito e quando vai ser feito" (Brasil, 2009, p. 29), a proposição de um número maior de metas possibilita que elas sejam mais específicas e mensuráveis, permitindo à gestão municipal um processo qualificado de acompanhamento e avaliação do que se pretende alcançar.

Em continuidade ao processo de elaboração das peças orçamentárias, seguiu-se a análise da LDO. No período de 2009 a 2019, foi possível constatar um texto padrão e genérico com a observância dos aspectos legais (CF/88, Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF e Lei Orgânica do Município) nas LDOs. Verificou-se que, somente nos anos de 2009, 2010, 2011, 2012, 2013 e 2019, houve menção direta à Saúde nos eixos e objetivos estratégicos nas LDO. Nos demais anos, não foi possível identificar essa referência direta, apenas constava que as ações e seus respectivos produtos e metas estavam no PPA para o período. Cumpre ressaltar que, apesar de não haver uma exigência constitucional para construção de um anexo específico para metas e prioridades, há exigência de que sejam estabelecidas metas e prioridades, independentemente de estarem elas no corpo da lei ou em um anexo específico (Magalhães, 2010).

Observou-se, ainda, na estrutura das LDO, que as mesmas não demonstravam a "avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos", conforme preconiza a LC nº 101/2000. Desse modo, não demonstravam a avaliação das metas físicas propostas no PPA, o que dificultou conhecer e analisar a previsão orçamentária anual para a oferta das ações de saúde no período de 2009 a 2019. Fato similar também foi encontrado no estudo de Weiller (2014), segundo o qual o referido item também não constava na LDO do município de São Bernardo do Campo. A ausência dessa estruturação de forma clara a respeito das normas relativas à avaliação dos resultados dos programas e da sua estrutura de governança impede ou, ao menos, dificulta a incorporação das avaliações realizadas na retroalimentação do processo orçamentário, visando o aperfeiçoamento da alocação de recursos públicos.

Na análise das LOAs do município de Vitória/ES no período de 2009 a 2019, verificou-se que sua elaboração seguiu de forma geral as exigências legais da Lei nº 4.320/1964. Nas referidas leis foram demonstradas todas as receitas e despesas para o exercício, compreendendo o Orçamento Fiscal[2] e o Orçamento da Seguridade Social[3], abrangendo todas a entidades e órgãos a ela vinculados.

Cumpre destacar que, para a função Saúde, foi possível constatar, nas LOAs do período de 2009 a 2019, as ações da Secretaria Municipal de Saúde nas diversas áreas da Saúde: gestão do SUS, atenção básica, especializada e urgência e emergência, vigilância, controle social, educação permanente assistência farmacêutica, dentre outras. Ademais, foram descritos os valores previstos para a Saúde entre os anos de 2009 e 2019. Nos Demonstrativos das Funções, Subfunções e Programas por Projetos, Atividades e Operações Especiais – Anexo 7 das LOAs no período de 2009 a 2019, os mesmos valores apareceram distribuídos, demonstrando o percentual previsto a ser gasto em cada uma subfunções da Saúde. Assim, o município utilizou diferentes subfunções para a previsão orçamentária de acordo com suas metas e prioridades.

Todavia, não foi possível identificar a avaliação das metas indicadas no ano anterior ou mesmo o estabelecimento de novas metas físicas, não-financeiras. Isso corrobora com os resultados do estudo de Weiller (2014, p. 135), que verificou que as LOAs organizadas pelo município de São Bernardo do Campo não se ativeram à avaliação desse elemento, ficando restritas às exigências legais da Lei Federal nº 4.320/64. De acordo com o autor, a LOA "apresenta e representa muito mais a estrutura orçamentária-financeira com a previsão de gastos para cada ação, do que um processo de acompanhamento e proposição de metas físicas a serem alcançadas pelos gestores [...]" (Weiller, 2014, p. 135).

Em relação as PASs, cumpre destacar que as programações referentes

2. "I - o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público; [...]" (Brasil, 1988, p.104).
3. "III - o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público [...]" (Brasil, 1988, p. 104).

ao ano de 2009, 2010, 2011 e 2012 não estavam disponíveis no sítio eletrônico da Prefeitura de Vitória/ES e não constavam no sítio eletrônico do SARGSUS. As ações, bem como os resultados das PASs dos anos de 2010, 2011 e 2012, somente foram identificados nos documentos dos RAG dos referidos anos, disponíveis no site do SARGSUS. Contudo, as da PAS de 2009 não foram identificadas no RAG daquele ano. Por sua vez, as ações das PASs referentes aos anos de 2013 e 2014 encontravam-se acessíveis somente no site do SARGSUS. A partir de 2015, as demais PASs encontravam-se disponíveis no sítio eletrônico da PMV para acesso público.

Na PAS de 2010, foi observado as diretrizes e objetivos, bem como os campos para as descrições de ações e metas (previstas e realizadas), porém não possuía campo para registro dos "Recursos Orçamentários" e dos "indicadores". As PASs dos anos de 2011 e 2012 tinham, em sua composição, diretrizes, objetivos, ações e metas pactuadas para o referido ano. Apesar de possuir em sua estrutura campo específico para "Recursos Orçamentários" (programado e executado), esses estavam sem preenchimento. Em relação aos indicadores, somente estavam relacionados àqueles pactuados pela gestão municipal nas Diretrizes, Objetivos, Metas dos instrumentos de gestão e do Pacto Interfederativo (indicadores do Pacto pela Vida), celebrado anualmente pelo município de Vitória/ES em conjunto com os demais municípios do estado e com a esfera federal.

Nos anos de 2013 e 2015, as PASs mantiveram em sua composição as ações e metas para o ano. Contudo, o campo metas foram divididos em "programada", referente a meta anual e "realizada", relacionada a meta quadrimestral, para monitoramento das ações do 1º, 2º e 3º quadrimestres. O campo de "Recursos Orçamentários" também se manteve, porém sem preenchimento. E não foi identificado os indicadores pactuados para ações propostas.

No ano de 2014, 2016, 2017, 2018 e 2019, as PASs possuíam diretrizes e objetivos em sua estrutura, bem como ações e metas (anuais e quadrimestrais) e o responsável pela ação. Porém não foram identificados os campos "Recursos Orçamentários" e nem indicadores pactuados para as ações pactuadas.

Desse modo, pode-se observar que a estruturação do documento da PAS apresentou mudanças ao longo dos anos e não cumpria o preconizado pela legislação, pois não descrevia a previsão anual de alocação

de recursos orçamentários, tampouco apresentava indicadores para o monitoramento do alcance das ações e metas estabelecidas. A ausência de preenchimento do item "Previsão da alocação de recursos orçamentários" na PAS também, foi identificada no estudo de Fuginami (2019), que verificou a presença de muitos outros problemas na estrutura mínima dos instrumentos de gestão em saúde pelas secretarias municipais de Saúde de Santa Catarina. O autor aponta a desconexão da programação com a realidade municipal, a falta de conhecimento dos gestores e técnicos sobre a interligação entre os instrumentos de gestão do SUS e os instrumentos de governo e o descaso com o planejamento da previsão orçamentária para execução das ações.

Portanto, a fragilização da configuração da PAS – demonstrado pela não proposição de indicadores e previsão orçamentária – compromete o cumprimento dos objetivos e metas do PMS do município de Vitória/ES, bem como não assegura os recursos financeiros para sua operacionalização. Outro ponto a ressaltar se refere à dificuldade de acesso às informações, pela indisponibilidade/ausência de alguns documentos no sítio eletrônico da referida prefeitura. Além disso, alguns documentos apresentam problemas de preenchimento das informações, os quais não permitiam a sua compreensão e o controle social dos mesmos.

Os RAGs de 2009, 2010, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019 estavam disponíveis para acesso público no sítio eletrônico da Prefeitura. Contudo, os RAG referentes aos anos de 2011, 2012, 2013 2014 não estavam disponíveis, sendo necessário buscá-los no site do SARGSUS. Cumpre ressaltar, ainda, que alguns RAG (2015, 2016 e 2017) que se encontravam no sítio eletrônico estavam incompletos e foi necessário, novamente, consultar o site do SARGSUS do para verificar algumas informações para complementação da análise.

Como forma de analisar a estrutura dos RAG organizou-se, na Tabela 1, a distribuição quantitativa dos itens presentes nesses instrumentos, são eles: os resultados da PAS, os resultados dos indicadores e a execução orçamentária e financeira. Cumpre ressaltar que os dados apresentados são referentes tantos aos RAGs que se encontravam no sítio eletrônico da Prefeitura, quanto os do site do SARGSUS.

Tabela 1 – Estrutura do Relatório Anual de Gestão do município de Vitória/ES, do período de 2009 a 2019.

RAG	Nº RAG	%
Resultados da PAS	10	90,91
Resultados dos indicadores	11	100,00
Execução Orçamentária e Financeira	9	81,82

Fonte: Vitória (2022a, 2022b).

Foi possível observar, na Tabela 1, que cerca de 90% dos RAGs apresentaram os resultados das metas anuais das PASs no referido documento. Em relação aos indicadores, todos as RAGs apresentaram em seu texto o quadro das metas pactuadas e as metas alcançadas pelo município no ano correspondente. Por outro lado, aproximadamente 82% dos RAGs demonstraram a execução orçamentária e financeira nos documentos no período analisado.

Considerando que o RAG se propõe a sistematizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUS às instâncias formais do SUS, ao Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade como um todo (Brasil, 2009), a incompletude dos dados, encontrada no estudo, compromete a transparência das ações e gastos da Saúde e o controle social dos recursos públicos. Isso porque dificulta o monitoramento e avaliação dos resultados alcançados, principalmente no que tange o acompanhamento da conformidade da aplicação de recursos à programação aprovada.

A divulgação dos relatórios de gestão da Saúde, de acordo com Gonçalves *et al.* (2013), refere-se à concretização dos princípios constitucionais da moralidade e da publicidade, enquanto fundamentos valorativos e estruturantes da Administração Pública. Ademais, reflete a transparência dos atos públicos através da prestação de informações adequadas, visando possibilitar o monitoramento sobre os atos da gestão pública.

Outro ponto a destacar se refere às avaliações realizadas no RAG, que deveriam ser subsídio para a elaboração da PAS do ano seguinte ou

redirecionamento das ações do PMS, conforme estabelecem as legislações e diretrizes de planejamento do SUS (Brasil, 2013, 2016). Entretanto, o que se observa na análise dos documentos de RAG do município analisado são fragilidades no que tange a tornar esse instrumento norteador do planejamento, uma vez que as informações trazidas são incipientes, incompletas e não permitem avaliar os resultados alcançados no sistema de saúde municipal. Desse modo, há a necessidade de qualificar esse instrumento de prestação de contas das ações e serviços em saúde, que visa retroalimentar o planejamento da Saúde, demonstrar transparência de aplicação de recursos e de fato ser instrumento de gestão no SUS.

Ademais, verificou-se que, durante os quatros quadriênios analisados, ocorreram mudanças na estruturação das peças orçamentárias e dos instrumentos de planejamento da Saúde. Tais alterações ocorreram sempre no início dos períodos de quatro anos, isto é, na elaboração das leis e documentos para o quadriênio seguinte, independente da ocorrência ou não da mudança da gestão, além de refletirem as adequações às mudanças introduzidas pelas legislações brasileiras para qualificação dos documentos.

Outro ponto a destacar foi a dificuldade de analisar se os resultados pactuados no PPA, no final dos quatro anos, foram alcançados ou não, uma vez que as metas que foram inseridas no PMS, detalhadas em ações na PAS e apresentadas como resultados alcançados no RAG não correspondiam ou não faziam referência aos resultados das metas pactuadas no PPA.

Cabe ressaltar que, a PAS seria o detalhamento das metas pactuadas no PMS. O resultado alcançado, naquele primeiro ano, refletiria o percentual de alcance da meta do quadriênio do segundo. Do mesmo modo, os resultados do PMS deveriam refletir no alcance das metas pactuadas para o PPA e orçada, anualmente, na LDO e na LOA.

Assim, a partir das análises, observou-se fragilidades no processo de estruturação e elaboração dos instrumentos orçamentários e de planejamento da Saúde. Essas fragilidades, ainda são mais abrangentes quando se pensa na integração desses instrumentos, uma vez que se verificou que ainda há lacunas, desde o processo de programação das ações a serem realizadas, perpassando pela previsão orçamentária e resultados obtidos, até a descrições dos valores gastos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo analisou os instrumentos de planejamento orçamentário e de gestão da Saúde do município de Vitória/ES quanto a sua estrutura formal estabelecida pelas legislações nacionais vigentes, que constituíram o Orçamento Público no município de Vitória/ES. Assim, o planejamento orçamentário municipal de Vitória/ES no período analisado, de 2009 a 2019, apresentou fragilidades no que tange a sua elaboração, estruturação e implementação dos instrumentos orçamentários e financeiros voltados à Saúde.

No PPA, verificou-se fragilidades na proposição de programa e objetivos e no estabelecimento de metas financeiras para ações orçamentárias, além da ausência de índices na pactuação de indicadores, que implicam diretamente na previsão orçamentária e, consequentemente, na implementação da política.

Na LDO, a descrição das ações e metas não constavam na referida lei, e indicavam o "Anexo de Prioridades e Metas" e aquelas estabelecidas na Lei do Plano Plurianual. Além disso, não demonstravam em sua estrutura a avaliação das metas físicas propostas no PPA ou na LDO dos anos anteriores, o que dificultou avaliações do processo orçamentário visando o aperfeiçoamento da alocação de recursos públicos.

Por sua vez, na LOA, não foi possível identificar a avaliação das metas indicadas no ano anterior, ou mesmo o estabelecimento de novas metas físicas, não-financeiras.

Em relação aos instrumentos de planejamento da Saúde – PMS, PAS e RAG –, verificou-se avanços no que tange na estruturação dos mesmos, pois, no início do período analisado, não possível identificar as metas do PMS e nem a elaboração do documento da PAS, como já discutido anteriormente. Contudo, foi possível observar que há a necessidade de progredir no estabelecimento das metas físicas pactuadas e das metas financeiras relacionadas às ações, bem como na demonstração indicadores pactuados e dos resultados obtidos.

No RAG, em alguns anos analisados, não foi possível identificar os resultados das metas pactuadas no PAS e consequente do PMS. Somente obteve-se esse resultado mediante a pesquisa no site do SARGSUS, no qual foi encontrado uma planilha com os resultados das metas pactuadas.

Ademais, observou-se informações incompletas, com destaque para a execução orçamentária e financeira. Tal situação dificulta a avaliação dos resultados alcançados e compromete a transparência das ações e gastos da Saúde e o controle social.

Nessa perspectiva, o estudo dos instrumentos de planejamento orçamentário financeiro da Saúde no município de Vitória/ES demonstrou que ainda há um longo caminho a percorrer na constituição de um orçamento público – no que tange a estruturação de seus instrumentos, bem como o seu processo de avaliação –, para que, de fato, se materialize em uma ação de Estado para o direcionamento das prioridades das necessidades de saúde e efetivação dessa política pública.

Desse modo, a gestão do SUS pressupõe a articulação entre os instrumentos da gestão de Saúde e das peças orçamentárias que viabilizem o planejamento, a organização, a avaliação e o controle social do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, N. A. *et al*. **Planejamento governamental para municípios**: Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 mar. 1964.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 18 nov. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 5 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS):** uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 318 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Portaria nº 575, de 29 de março de 2012. Institui e regulamenta o uso do Sistema de Apoio ao Relatório Anual de Gestão (SARGSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 mar. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 dez. 2012b.

BRASIL. Portaria nº 2.135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, 25 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Manual de planejamento no SUS**. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.138 p. (Série Articulação Interfederativa; v. 4).

BRASIL. Ministério da Transparência e Controladoria-Geral da União – CGU. Secretaria Federal de Controle Interno. Secretaria de Planejamento e Assuntos Econômicos – SEPLAN. Secretaria de Orçamento Federal – SOF. **Relatório de avaliação do Macroprocesso de Planejamento e orçamento:** Exercício 2018. Brasília, 2018.

CARDOSO JUNIOR, J.C. **Planejamento Governamental e Gestão Pública no Brasil:** elementos para ressignificar o debate e capacitar o estado. Brasília: IPEA, 2011.

CRUZ, C.S.S. *et al*. Análise dos Planos Municipais de Saúde dos 33 municípios sob a jurisdição da Superintendência Regional de Saúde de Diamantina no período de 2014 a 2017. **Revista Vozes dos Vales: publicações acadêmicas UFVJM**, Minas Gerais, n. 12, 2017.

FUGINAMI, C. N. **Análise dos instrumentos de gestão em saúde dos municípios de Santa Catarina.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Santa Catarina do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Florianópolis, 2019. 83 p.

GONÇALVES, R. S. *et al*. Conselhos de saúde e controle social: um estudo comparativo dos relatórios de prestação de contas das Secretarias Estaduais de Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2013.

LIMA, L. L. *et al*. Plano Plurianual como proxy para medir capacidades estatais: um estudo sobre o planejamento governamental nos municípios da região metropolitana de Porto Alegre. **Urbe** - **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 12, 2020.

MAGALHÃES, M.M. **Análise da Efetividade do Anexo de Prioridades e Metas da LDO**. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Orçamento Público). Instituto Serzedello Corrêa – ISC-TCU, Brasília, 2010.

MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS):** a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001). 2005. Tese (Doutorado em Economia) – Instituto de Economia da UNICAMP, Universidade Federal de Campinas, Campinas (SP), 2005.

MENDES, A. Sobre a avaliação do financiamento, do gasto e da gestão dos recursos do SUS. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; ALMEIDA, C. A. L. **Avaliação em Saúde:** contribuições para incorporação do cotidiano. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 201-220.

OLIVEIRA, F. **Economia e política das finanças públicas**: uma abordagem crítica da teoria convencional, à luz da economia brasileira. São Paulo: Hucitec, 2009.

OLIVEIRA, P. S.; SILVA, E. Análise dos planos municipais de saúde da região Pertencente a uma superintendência regional de saúde do interior de minas gerais. **Revista Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 20, n. 6, 2020.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

VITÓRIA. **Transparência Vitória**. Vitória, 2021. Disponível em: https://transparencia.vitoria.es.gov.br. Acesso em: 9 jun. 2021.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão: 2009, 2010, 2017, 2018, 2019.** Vitória: Secretaria de Saúde, 2022a. Disponível em: https://www.vitoria.es.gov.br/cidadao/gestao-da-saude#relatoriodegestao25690072. Acesso em: 14 jun. 2021.

VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório Anual de Gestão: 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 2016.** Vitória: Secretaria de Saúde, 2022b. Disponível em: https://sargsus.saude.gov.br/sargsus/. Acesso em: 14 jun. 2021.

WEILLER, J. A. B. **Desempenho dos gastos municipais com saúde no município de São Bernardo do Campo**: um estudo sobre o instrumento "Orçamento Desempenho". Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2014.

13

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES
FABIANA TURINO
FRANCIS SODRÉ

ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO: CARACTERÍSTICAS E HISTÓRICO DOS CONTRATOS DE GESTÃO FIRMADOS ENTRE 2008-2016

A NOVA GESTÃO PÚBLICA E AS OSS

O Sistema Único de Saúde (SUS), principal marco da política de saúde, surgiu contemporâneo à Constituição de 1988. A partir da publicação de suas leis orgânicas em 1990, Lei nº 8080 e Lei nº 8142, reorganizou-se a atenção e o acesso gratuito à saúde.

Seguindo a década de 1990, em nível mundial, desenvolveu-se a Reforma Gerencial do Estado, devido ao grande crescimento do aparelho do Estado a partir da Segunda Guerra Mundial. Iniciou-se na Grã-Bretanha, na segunda metade da década de 1980, em meio à ideologia neoliberal que se alastrava. Essa foi considerada a segunda grande reforma do aparelho do Estado moderno, também chamada de Reforma da Gestão Pública.

As estratégias de gestão das empresas privadas foi sua grande inspiração na tentativa de superar o Estado Burocrático. A Nova Gestão Pública (NGP) trouxe uma série de ideias que buscavam tornar a gestão dos serviços públicos autônomos, ou seja, desvinculados das regras da administração pública, e as agências executoras dos serviços sociais mais descentralizadas (Sano; Abrúcio, 2008).

De acordo com Plano Diretor de Reforma do Estado – PDRAE, a administração pública "gerencial" trouxe essa nomenclatura porque baseou-se em conceitos administrativos de qualidade e eficiência, que indicavam o controle dos resultados para alcançar o cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem deve legitimidade às instituições, sendo considerado como "cliente privilegiado" dos serviços prestados pelo Estado. Segundo o documento, tal reforma era necessária para reorganizar as estruturas administrativas e enfatizar a produtividade do serviço

público, assim como para profissionalizar o servidor público e remunerá-lo com salários mais justos (Brasil, 1995).

Desde tal Reforma Administrativa, houve o crescimento no Brasil do número de entidades do terceiro setor, como as Organizações Sociais, as quais foram contratadas pelos órgãos públicos para gerir serviços de saúde, principalmente hospitais. Os hospitais foram os primeiros e principais lócus de ação das Organizações Sociais, neles, elas representam o próprio governo na execução do SUS. Assim, identificar essas entidades e conhecer as características da execução desses serviços é relevante.

As Organizações Sociais de Saúde (OSS) têm a incumbência de desempenhar serviços sociais da área da Saúde, em substituição ao Estado, oferecendo à população maior eficiência e qualidade nos serviços prestados. De acordo com tais regras, as entidades são beneficiadas com recursos e bens públicos, bem como a cessão de pessoal para o trabalho a ser desempenhado (Zolet, 2011).

O contrato de gestão, previsto pela Lei nº9.637/1998, é o principal instrumento da celebração de parceria público-privada, nesse caso, entre o Poder Público e as OSS, sendo projetado para garantir a prestação dos serviços públicos sociais, de modo a não trazer ao orçamento público grande custo.

Os contratos de gestão são ferramentas que permitem o estabelecimento de compromissos acordados entre o Estado e as OSS acerca dos objetivos e metas para um dado período de gestão, concedem maior autonomia gerencial às OSS e as liberam do controle dos meios, que passa a ser realizado pelos resultados alcançados (Bresser-Pereira, 2000).

Tais contratos devem ser dinâmicos e conter os seguintes aspectos: metas institucionais com os planos de ações correspondentes; indicadores de desempenho; definição de meios e condições para execução das metas pactuadas; sistemática de avaliação; valor; acompanhamento e avaliação dos resultados; possibilidades de desqualificação; suspensão, rescisão e vigência; publicidades e controle social; penalidades e corresponsabilização na operacionalização dos referidos objetivos e metas (Ferreira Junior, 2003).

CARACTERÍSTICAS DO ESTUDO

Esta tratou-se de uma pesquisa qualitativa bibliográfica, exploratória e descritiva. Foi desenvolvido o procedimento de pesquisa documental, durante o período de 2015-2017, no conteúdo dos contratos de gestão entre as OSS e o governo do estado do Espírito Santo (ES) para a gestão hospitalar e dos sites do governo estadual e das OSS relativos às parcerias efetivadas entre 2008 e 2016.

Nos contratos, foram observadas as informações: nome e características da OSS; identificação do hospital gerido; obrigações contratuais; volumes financeiros movimentados nos contratos de gestão e nos aditivos firmados com a secretaria estadual de Saúde; metas e vigência contratuais; e serviços contratados.

Em 2017, ano de conclusão desta coleta, os contratos entre as OSS e o governo estadual ainda não estavam disponíveis nos sites governamentais e, por isso, constituiu-se necessário que os contratos de gestão fossem formalmente solicitados junto ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos – NUEDRH da Secretaria de Estado da Saúde – SESA/ES.

A análise dos dados foi temática e descritiva, pois auxilia na descoberta dos núcleos de sentido, observando se a presença ou frequência de determinado tema nesses documentos contribuíram para alcançar o objetivo proposto. Qualitativamente, é a presença e ou a frequência de determinados temas que significam as referências e os modelos de comportamento contidos no discurso (Minayo, 2004; Creswell, 2010).

A fase de pré-análise incluiu a leitura, a organização e a indicação das hipóteses. Na exploração do material, foram apontadas as categorias padronizadas mais frequentes nos contratos. Dessa, foram escolhidas as que se relacionavam mais diretamente com o objeto. Por fim, esses resultados foram tratados e discutidos à luz das orientações, dos regulamentos e da administração pública e da política de saúde do estado e do país.

ATUAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE NO ESPÍRITO SANTO

No Espírito Santo, havia três hospitais geridos por OSS. O primeiro deles era o Hospital Estadual Central (HEC), cuja parceria foi efetivada por meio de contrato entre a Secretaria de Estado da Saúde (SESA/ES) e a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, conhecida como Pró-Saúde, publicado em 11 de setembro de 2008. Desde então, o total de contratos com o estado são 5 e os aditivos somam-se em 27, conforme mostra o Quadro 1.

Quadro 1: Hospitais, OSS e Contratos de Gestão no ES

Hospital	Sigla da OSS	Nº EG	Início do CG
HEC (ENCERRADO)	PRO SAÚDE	1 CG + 4 AD	2008
HEC	ACSC	1 C + 11 AD	2011
HEUE (ENCERRADO)	IAPEMESP	1 C + 2AD	2014
HEUE	PRO SAÚDE	1 C	2015
HJSN	AEBES	1 C + 10AD	2012

Fonte: Elaboração das autoras

Mesmo que primeiro contrato de gestão do estado do Espírito Santo com uma OSS datasse de 2008, para a gestão do Hospital Estadual Central (HEC), a atuação dessas instituições iniciou-se propriamente no ano seguinte, pois a Lei Complementar estadual nº 489, que criou o programa de Organizações Sociais (OS) nesse estado, foi publicada posteriormente (Espírito Santo, 2009). O Decreto nº 2.484- R, que regulamentava a lei estadual, foi publicado ainda depois, em 9 de março de 2010 (Espírito Santo, 2010). Assim, o primeiro contrato de gestão com uma OSS no Espírito Santo foi firmado antes mesmo da publicação e da regulamentação da lei estadual (Espírito Santo, 2008).

As atividades previstas no contrato de gestão para o HEC (Espírito Santo, 2008) eram: execução das atividades e serviços de assistência à saúde, metas operacionais, definição dos indicadores de avaliação de desempenho

e de qualidade na prestação dos serviços, prazo de execução, bem como a sistemática econômico-financeira da gestão. Esse contrato teve um diferencial quando comparado aos demais, sendo o único que descreve nas condições de pagamento, cláusula oitava, que a OSS receberia recursos financeiros para fazer recrutamento, seleção, contratação e treinamento de pessoas, ou seja, foi o único com metas ligadas aos Recursos Humanos (RH).

A Pró-Saúde, no Espírito Santo, não se sustentou por muito tempo. Em dezembro de 2011, o contrato foi rescindido por um acordo entre a SESA/ES e a Pró-Saúde. A SESA/ES declarou que a Pró-Saúde pediu R$ 60 milhões para manter a qualidade do serviço e aumentar a oferta de leitos, porém o governo do estado realizou uma consultoria e, após os estudos, garantiu que as medidas eram possíveis com o valor oferecido à organização, de R$ 38 milhões anuais (Espírito Santo, 2013). No mesmo ano, a SESA/ES publicou o segundo edital de convocação e a nova entidade que firmou contrato de gestão com o estado foi a Associação Congregação Santa Catarina (ACSC). Trata-se de uma entidade privada sem fins lucrativos, que permaneceu até o ano de 2020 na gestão do HEC (Espírito Santo, 2011).

Um fato interessante está relacionado ao repasse financeiro realizado pelo governo estadual. O limite máximo de orçamento público a ser destinado à OSS previsto no contrato de gestão para gerir o HEC referente ao primeiro período de 12 meses foi de R$ 40.314.664,47 (Espírito Santo, 2012b). No entanto, conforme o Portal da Transparência Pública, durante o ano de 2013, foi empenhado à ACSC o valor de R$ 57.871.463,36 para gerenciar o HEC (Turino *et al*., 2016).

No ano de 2012, a SESA/ES publicou um novo edital de convocação para entidades privadas sem fins lucrativos com a finalidade de qualificar OSS para a gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves, localizado no município da Serra/ES (Espírito Santo, 2012a). A OSS que firmou o contrato de gestão foi a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), qualificada em 15 de abril de 2010, sendo a primeira entidade filantrópica capixaba a receber certificação como Organização Social de Saúde. No mesmo período, a AEBES atuava em três municípios da região metropolitana capixaba, gerenciando uma maternidade municipal e administrando um hospital filantrópico próprio.

Segundo o edital de seleção de projetos para qualificação da OSS, o Hospital Dr. Jayme Santos Neves, com 424 leitos era referência estadual

para urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, tendo como prioridade a cirurgia cardíaca e a traumato-ortopedia (Espírito Santo, 2012a). Além disso, previa ser referência para gestação de alto risco e Centro de Tratamento de Queimados. O limite máximo de orçamento previsto na minuta do contrato referente aos primeiros 15 meses de operação da unidade hospitalar foi de R$ 109.518.190,52 (Espírito Santo, 2012b), mais que o dobro do valor do contrato de gestão firmado para o HEC.

Em 2014, foi publicado um novo edital de convocação para a qualificação de OSS interessadas na gestão do Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE), localizado em Vitória. Referência regional no atendimento a traumas, urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, o HEUE teve seu orçamento máximo estipulado em R$ 69.902.075,02 para os primeiros 12 meses de operação (Espírito Santo, 2014a).

A entidade vencedora do certame foi o Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (Iapemesp), sediado em São Paulo, que assumiu a gestão do HEUE (Espírito Santo, 2014a). O hospital foi inaugurado com cinco blocos, que foram abertos gradativamente, com previsão de ampliação progressiva de leitos ao longo de 2017.

No entanto, no mesmo ano da assinatura do contrato com o Iapemesp, o Governo do Estado do Espírito Santo enviou à Assembleia Legislativa um projeto de lei propondo a mudança do nome do Hospital São Lucas para "Hospital Estadual de Urgência e Emergência". Dessa forma, o Hospital São Lucas passou a ser oficialmente denominado HEUE, ainda que o HEUE original já tivesse sido inaugurado sob uma personalidade jurídica distinta (Espírito Santo, 2014b).

O contrato estabelecia que o Iapemesp seria responsável pela gestão do serviço de pronto-socorro do Hospital São Lucas. Entretanto, diversos serviços continuaram sob administração direta da Secretaria de Estado da Saúde (SESA), pois parte deles foi transferida para o Hospital da Polícia Militar (HPM), devido às obras de ampliação do São Lucas.

Menos de um ano após o início da gestão da OSS, a Secretaria de Controle e Transparência e a Procuradoria Geral do Estado do Espírito Santo identificaram falhas e irregularidades nos contratos, determinando a intervenção administrativa no HEUE. Como resultado, a diretoria do Iapemesp foi afastada e um interventor estadual foi nomeado para assumir a administração do hospital.

Após o processo de intervenção, um novo contrato de gestão foi firmado com outra OSS, a Pró-Saúde (Espírito Santo, 2015). No entanto, essa entidade já possuía um histórico de problemas na execução contratual enquanto geria o Hospital Estadual Central (HEC).

FALTA DE TRANSPARÊNCIA DOS DADOS CONTRATUAIS

Os instrumentos exigidos por lei e componentes de todo contrato de gestão firmado entre o estado e as OSS, como o manual de RH e o plano de trabalho, não estavam disponíveis para consulta pública, nem nos sites, nem nos contratos físicos disponibilizados por meio de requerimento administrativo. Alguns conteúdos dos Termos Aditivos começaram a ser disponibilizados para consulta pública no sítio eletrônico do órgão a partir de 2018, e alguns conteúdos dos Contratos de Gestão a partir de 2020. O Manual de RH e o plano de trabalho ainda não foram disponibilizados para consulta.

A inacessibilidade às informações é ilegal e dificulta o controle social. Conforme constatou pesquisa de Turino (2016), o governo do Espírito Santo não atendia integralmente o direto da Lei nº 12.527/2011 (Brasil, 2011), conhecida como Lei de Acesso à Informação (LAI), e não oferecia transparência aos contratos de gestão e seus aditivos, os quais, ainda que sejam documentos públicos, não tinham seu conteúdo integralmente publicizado nos sítios eletrônicos do governo estadual.

O contrato de gestão se constitui em um instituto do direito administrativo-constitucional, que deve ter o imperativo de proporcionar a transparência e a racionalidade estatal. Tal contrato pode ser enaltecido por propiciar que a Administração Pública, na prestação dos serviços públicos, faça uso da eficiência das empresas. Mas também é fortemente criticado por permitir que a Administração Pública aumente sua liberdade de ação, com a flexibilização do regime jurídico administrativo, pondo em xeque alguns princípios constitucionais (Schimitt, 2006).

A falta transparência na divulgação dos contratos e dos relatórios de avaliação dessas atividades pelo próprio governo apontou para a não

exigência e para a não regulamentação da necessidade de disponibilização clara e precisa de informações sobre esse novo modelo de gestão durante anos. Além do monitoramento e da aferição de desempenho, é relevante o acompanhamento do modelo de gestão de serviços públicos de saúde por meio OSS (Camargo; Guimarães; 2013).

É essencial conhecer a que custos são fornecidos os serviços contratados, se são eles sustentáveis no longo prazo e se estão sendo adequadamente monitorados pela entidade parceira e pelos governos. Nenhuma dessas informações encontravam-se disponíveis para a população nos sites do governo do estado do Espírito Santo no período da pesquisa. Ficou evidente, portanto, a necessidade de se incorporar maior controle dos meios que servem de instrumento para o alcance do bom desempenho das OSS, conforme apontam alguns autores (Furtado; Melo, 2011).

NÚMERO EXCESSIVO DE ADITIVOS CONTRATUAIS

O estado do Espírito Santo teve, entre 2008 e 2016, 5 contratos assinados e 27 aditivos. O número de aditivos é aproximadamente cinco vezes maior que o de contratos celebrados. Visto que o aditivo pode ser usado em qualquer momento da execução do contrato em que se perceba necessidade de alteração de cláusula contratual e que suas principais utilidades são a modificação do projeto ou das especificações, o acréscimo ou diminuição quantitativa do objeto, o aumento ou redução de quantitativos e a modificação do regime e prazo de execução ou da forma de pagamento, um número elevado de aditivos frequentemente demonstra falta de planejamento orçamentário e financeiro, preços majorados e elevação de gastos.

Sobre as alterações quantitativas no contrato temos que:

> O interesse público é não só o fundamento da mutabilidade nos contratos administrativos, como também irá definir o seu real limite. É exatamente em nome dessa mutabilidade dos contratos administrativos que a administração, buscando sempre a realização do interesse público, poderá promover

> alterações contratuais unilaterais, dentro dos limites indicados (Furtado, 2000, p.41)

Esses limites estão no art. 65, § 1º, da Lei 8.666/1993, que dispõe:

> O contratado fica obrigado a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem nas obras, serviços ou compras, até 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do contrato, e, no caso particular de reforma de edifício ou de equipamento, até o limite de 50% (cinquenta por cento) para os seus acréscimos. (Brasil, 1993)

A esses limites não poderá exceder a determinação administrativa. Contudo, temos que esse limite não foi devidamente acolhido pelos gestores estaduais. Há diversos casos de valores aumentados muita acima do tolerado pela Lei. Sobre as alterações qualitativas ao contrato, afirma-se que:

> urge evidenciar a necessidade de alteração do contrato, a inalterabilidade da essência do objeto contratado, a exequibilidade da nova avença para o contratado. Ademais, cabe à Administração Pública demonstrar que alteração qualitativa do contrato constitui a alternativa mais adequada à satisfação do interesse público, em comparação com a possível rescisão do contrato, a realização de nova licitação e a posterior contratação, levando-se em consideração diversos princípios norteadores da atividade administrativa (Couto, 2009, p. 89).

Não foram observados nos conteúdos contratuais justificativas expressas nem critérios precisos para esse aumento em demasia. Dessa forma, fica comprometida a observação aos princípios da razoabilidade e da publicidade.

Tais constatações demonstraram que os aditivos contratuais dilataram a vigência e acrescentaram objeto, ampliando severa e deliberadamente os repasses financeiros. Permaneceu o questionamento se o elevado número de aditivos ocorreu devido à falta de planejamento dos gastos públicos ou à decisão consciente do gestor público de ampliar em demasia os repasses financeiros à iniciativa privada.

CESSÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS PARA ATUAR NA OSS

O contrato com a Iapemesp para a gestão do HEUE em 2014 trazia um texto inusitado e inédito até então:

> A SESA fornecerá corpo clínico especializado, nas seguintes especialidades médicas: Ortopedia; cirurgia vascular; Cirurgia geral; cirurgia plástica; Anestesiologia; Neurocirurgia; Intensivistas. A Organização Social deverá contratar serviços, RH e corpo clínico especializados que se fizerem necessários à gestão do Hospital Estadual São Lucas (Espírito Santo, 2014a, sem página).

A cessão de servidores públicos, regulamentada no art. 14 da Lei nº 9637/1998 (Brasil, 1998), prevista nos contratos de gestão do Espírito Santo, consiste numa prática a ser discutida. Nessa situação, o próprio poder público arca diretamente com o pagamento da remuneração do trabalhador e, ao mesmo tempo, possibilita à contratada contratar e subcontratar – sem limites – trabalhadores e prestadores de serviços para as unidades públicas de saúde. Ou seja, há um duplo gasto de recursos financeiros para a mesma questão.

Além de o governo estadual custear o quadro de pessoal das entidades, fica dispensada a prévia aprovação em concurso público para a ocupação das vagas destinadas aos servidores públicos. Assim, os servidores aprovados em concurso para a ocupação de determinado cargo são desregradamente removidos para o trabalho junto às entidades privadas. Tal possibilidade está em desacordo com as normas que orientam a Administração Pública e, diante disso, tornou-se objeto de rígidas críticas por parte da doutrina jurídica (Zolet, 2011).

Outro ponto criticado é que as OSS não possuem personalidade jurídica de direito público, mas de direito privado. As pessoas que prestaram concurso público não devem exercer suas atividades nelas, sob pena de total desvio de função.

PROVISÃO DE PESSOAL

Uma das principais funções de uma Organização Social na gestão é a contratação de pessoas para realizar serviços públicos. Assim, fica fácil entender o valor da quantia prevista de gastos com pessoal, 70% do valor de custeio previsto no contrato. Portanto, só se justifica ter uma OSS na gestão se for para ela contratar pessoas em nome do governo estadual em quantidades superiores às permitidas a ele.

A criação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), Lei Complementar nº101, de 2000, estabelece o limite de 60% para contratações de mão de obra pelos poderes públicos estaduais (Brasil, 2000). Acredita-se que criação da LRF logo depois da Lei Federal nº 9637 (Brasil, 1998), que cria o programa de OSS nacionalmente, e da Lei Estadual nº 846, que qualifica as OSS no estado de São Paulo (São Paulo, 1998), ambas de 1998, veio colaborar, e até incentivar, com o crescimento das terceirizações e das parcerias público-privadas, sob a justificativa de possibilitar o aumento das contratações de pessoas e ampliação do quadro de RH (Rodrigues, 2016).

Outra crítica razoável nesse tema é que os contratos permitiam expressamente a contratação de pessoa jurídica pelas OSS, apontando a presença do fenômeno "pejotização" no âmbito da saúde (Fernandes, 2017). Contudo não é possível uma pessoa jurídica ser considerada um trabalhador e, sendo assim, sua contratação é uma prática irregular e ilícita, pois a "pejotização" viola os princípios trabalhistas de onerosidade, não-eventualidade, pessoalidade e necessidade de prestação laborativa com reciprocidade, por meio de promessas fantasiosas de ganhos comissionados, regras produtivas falsas e constante subordinação (Margarida, 2011).

Na contratação de pessoas jurídicas, não consta horário de trabalho preciso, elemento empregatício ou garantia dos direitos trabalhistas provenientes do vínculo de trabalho. Logo, tal prática infringe as relações trabalhistas, descumpre os art. 2º e 3º da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), precariza a função do trabalhador e é contra o empregado (Margarida, 2011).

CONSIDERAÇÕES RELEVANTES

Desde 2009, ano de início da implantação das OSS no estado do Espírito Santo, até 2016, poucos estudos sobre esse modelo de gestão haviam sido publicados no meio científico. Mesmo com a escassez de dados empíricos na literatura científica, os dados sobre os hospitais públicos gerenciados por OSS no Espírito Santo sugeriram que as OSS não se apresentavam como solução para os problemas do SUS, pois, mesmo sendo denominadas entidades sem fins lucrativos e pautadas em argumentos de maior eficiência, podem fortalecer a privatização do sistema público de saúde brasileiro. Além disso, a adoção de uma "nova" gestão pública por meio de OSS demonstrou a ampliação do gasto público quando comparado a hospitais geridos diretamente pelo governo estadual (Turino, 2016).

Os contratos celebrados entre o Poder Executivo estadual espírito-santense e as OSS entre 2008-2016 estavam, em sua maioria, focados na gestão hospitalar, serviço mais oneroso do SUS; não continham metas nem recursos para políticas de gestão de RH; e tinham um conteúdo contratual divergente das regras do concurso público, levando à precarização do trabalho e permitindo "quarteirização" e "pejotização" (Fernandes, 2017).

O regime de OSS tem se justificado pela manutenção da eficiência e pela qualidade dos serviços prestados, ainda que não haja muitas comprovações desse alcance em nível nacional. O aumento do número de OSS na execução dos serviços de saúde do estado do Espírito Santo envolveu a transferência de muitos recursos, principalmente financeiros, assim como ocorreu nos demais estados pesquisados, respeitadas as devidas proporções do tamanho das redes de saúde.

Ainda que houvesse casos de intervenção dos estados na gestão contratual, em muitos casos o monitoramento e avaliação realizados pelas secretarias de Saúde são falhos e ineficientes, como apontam Andreazzi e Bravo (2014). As autoras constataram, em vários casos, prestação de contas aprovadas apesar de conterem erros e inconsistência nos dados. Elas relataram ainda outras irregularidades, como falta de planilha de custos, denúncias de improbidade administrativa contra gestores de OSS, pendências com o Tribunal de Contas e salários altos pagos a diretores.

Tais irregularidades foram encontradas em muitos serviços de saúde no Brasil gerenciados por OSS. A experiência da cidade de São Paulo, analisada

por Contreiras e Matta (2015), mostra que a Prefeitura não respeitou a lei que exigia a constituição das comissão para acompanhamento e fiscalização dos contratos, além do não cumprimento de metas, não execução do dinheiro repassado, escassez de funcionários, ausência de informatização, aprovação de prestações de contas com erros, falhas na elaboração de indicadores de desempenho, desrespeito aos regulamentos de compras e atrasos nos repasses dos recursos por parte da Secretaria Municipal de Saúde.

A mesma pesquisa mostrou que cinco das dez maiores empresas do Brasil no ramo de serviços médicos faziam parte das OSS contratadas pela Prefeitura. Em outras palavras, mais do que um campo de desinteressada filantropia, o estudo sugeriu que o terceiro setor é de fortíssima atividade econômica que, se não gera lucros diretamente, gera receitas, superávit, expansão, concentração e poder (Contreiras; Matta, 2015).

Os novos arranjos institucionais na relação público versus privado no setor da Saúde, especialmente os com as OSS, afastam, progressivamente, os mecanismos de isonomia entre os profissionais, ao passo que coloca para o SUS o desafio de rever as maneiras de tratar as relações de trabalho e a diversidade de formas de seleção, contratação, vínculo e remuneração (Barbosa, 2010).

Acredita-se que muitos gestores públicos optam pela contratação de OSS objetivando ampliar a cobertura de serviços à população. Porém afastam-se dos limites legais e administrativos que o Estado fixou para si mesmo, ou seja, distanciam-se dos princípios da Administração Pública e das normas jurídico-administrativas instituídas no arcabouço jurídico brasileiro (Fernandes, 2017).

O Estado tem construído e equipado hospitais com toda a infraestrutura técnica necessária, mas para fazê-los funcionar recorre à iniciativa privada, porque se sente débil ou até impedido de resolver dois grandes problemas: o da gestão flexível do próprio hospital e o da vinculação e gestão de seus recursos humanos (Nogueira, 2007).

Por fim, contratos do poder público junto às OSSs consistem num assunto ainda a ser explorado e ter seus achados publicados e amplamente discutidos. O discurso da necessidade de substituição do Estado por instituições privadas para gestão dos serviços saúde pública não se faz predominante e precisa ser constantemente questionado por meio de dados concretos, assim como avaliados pela comunidade e agentes públicos.

REFERÊNCIAS

ANDREAZZI, M. F. S.; BRAVO, M. I. S. Privatização da gestão e organizações sociais de saúde. **Trabalho, educação e saúde** (Impresso), v. 12, p. 499-528, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tes/v12n3/1981-7746-tes-12-03-00499.pdf. Acesso em: 20 maio 2016.

BARBOSA, N. B. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público versus privado na saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 15, n. 5, p 2497-2506, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6NdcdSTSWWmhLBx7B7nMNVg/?lang=pt. Acesso em: 20 maio 2016.

BRASIL. Lei n. 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LCP/Lcp101.htm. Acesso em: 17 ago. 2015

BRASIL. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5o, no inciso II do § 3o do art. 37 e no § 2o do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm. Acesso em: 17 ago. 2015.

BRASIL. Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por Organizações Sociais, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 18 maio 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm. Acesso em: 17 ago. 2015.

BRASIL. Lei Ordinária nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (Lei de Licitações). **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**. Brasília: Presidência da República/ MARE, 1995. Disponível em: http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf. Acesso em: 17 ago. 2015.

BRESSER-PEREIRA, Luiz Carlos. A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, 2000.

CAMARGO, F. O.; GUIMARÃES, K. M. S. O princípio da eficiência na gestão pública. **Revista CEPPG**, ano XVI, n. 28, p. 133-145, 2013. Disponível em: https://www.portalcatalao.com/painel_clientes/cesuc/painel/arquivos/upload/downloads/376b38ef01c9b0caae5d67f8c6bf4d03.pdf. Acesso em: 17 ago. 2015

CONTREIRAS, H; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015.

COUTO, D. U. C. A controvérsia sobre os limites das alterações qualitativas dos contratos administrativos. **Revista do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais**, Belo Horizonte, ano XXVII, v. 70, n. 1, p. 78-92, jan.-mar. 2009.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Trad. Magda Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Contrato de Gestão** – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo com a Pró-saúde para gestão do Hospital Estadual Central (HEC). 2008. [não publicado].

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar n.º 489, de 21 de junho de 2009. Cria o Programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Vitória. Disponível em: http://www.al.es.gov.br/antigo_portal_ales/images/leis/html/LC%20489.html. Acesso em: 12 fev. 2016.

ESPÍRITO SANTO. Decreto n.º 2.484- R, de 09 de março de 2010. Regulamenta a Lei Complementar nº 489/2009, que cria o Programa de Organizações Sociais do Espírito Santo, dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, e dá outras providências. Vitória, 2010. Disponível em: https://leisestaduais.com.br/es/decreto-n-2484-2010-espirito-santo-regulamenta-a-lei-complementar-n-4892009-que-cria-o-programa-de-organizacoes-sociais-do-espirito-santo-dispoe-sobre-a-qualificacao-de-entidades-como-organizacoes-sociais-alterado-pelo-decreto-3863-r-2015. Acesso em: 21 fev. 2025.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Contrato de Gestão** – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo com a Associação Congregação Santa Catarina (ACSC) para gestão do Hospital Estadual Central (HEC). 2011. [não publicado].

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. Edital 001/2012: Convocação pública para parceria com organização social de saúde. Vitória, 2012a. Disponível em: https://saude.es.gov.br/Media/sesa/GCMAS/Edital%20de%20Convoca%C3%A7%C3%A3o%20P%C3%BAblica%20-%20HJSN-1.pdf. Acesso em: 17 ago. 2015.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Contrato de Gestão** – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo com a Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES) para gestão do Hospital Estadual Dr. Jayme Santos Neves (HJSN). 2012b. [não publicado].

ESPÍRITO SANTO. Ministério Público de Contas. Representação com pedido de provimento liminar cautelar inaudita altera parte. Vitória, 1° mar. 2013. Disponível em: https://www.mpc.es.gov.br/wp-content/uploads/2014/06/TC-2299-2013-Representa%C3%A7%C3%A3o-terceirizacao-da-gestao-do-Hospital-Jayme-Santos-Neves.pdf. Acesso em: 17 ago. 2015.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Contrato de Gestão** – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo com o Instituto Americano de Pesquisa, Medicina e Saúde Pública (Iapemesp) para gestão do Hospital Estadual São Lucas. 2014a. [não publicado].

ESPÍRITO SANTO. Projeto de Lei nº 172, de 04 de julho de 2014. Denomina "Hospital Estadual de Urgência e Emergência" o Hospital Estadual localizado no Município de Vitória-ES. Assembleia Legislativa do Espírito Santo, Vitória, 2014b. Disponível em: http://www3.al.es.gov.br/Arquivo/Documents/PL/PL1722014.e..docx. Acesso em: 12 fev. 2016.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Estado da Saúde. **Contrato de Gestão** – Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Espírito Santo com a Pró Saúde para gestão do Hospital Estadual de Urgência e Emergência (HEUE). 2015. [não publicado].

FERNANDES, L. E. M. **Gestão de recursos humanos em hospitais estaduais sob contrato com organizações sociais de saúde.** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória. 2017.156 f.: il.

FERREIRA JUNIOR, W. C. Gerenciamento de hospitais estudais paulistas por meio das organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública** v. 37, n. 2, p. 243-64, 2003.

FURTADO, A. L. G.; MELO, P. H. P. G. Organizações sociais de saúde e gestão pública baseada em resultados. A importância do controle externo dos contratos de gestão: porque os fins não justificam os meios. **Revista TCE-PE**, v. 18, n. 18, p. 53-69, 2011.

FURTADO, L. R. Contratos administrativos e contratos de direito privado celebrados pela administração pública. **Revista TCU**, Brasília, v. 31. n. 86. p. 41-59, out-dez. 2000.

MARGARIDA, Silvânia Mendonça Almeida. O direito do trabalho e o fenômeno da pejotização em sua origem, contextualização e consequências. Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIV, n. 84, jan 2011. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8824 Acesso em: 1 dez. 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento.** 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NOGUEIRA, R. P. Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS. Plano Diretor 2006. **ObservaRH**, NESP/CEAM/UnB. OPAS/MS, 2007.

RODRIGUES, P. H. A. As Organizações Sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde. **Centro Brasileiro de Estudos de Saúde** [portal online], 23 nov. 2016. Disponível em: http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude/. Acesso em: 23 nov. 2016.

SÃO PAULO (estado). Lei Complementar n° 846, de 04 de junho de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo. São Paulo, 1998a. Disponível em: https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei.complementar/1998/lei.complementar-846-04.06.1998.html Acesso em: 21 fev. 2025.

SANO, H; ABRUCIO, F. L. Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Rev. adm. empres.**, São Paulo, v. 48, n. 3, p. 64-80, set. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rae/v48n3/a07v48n3. Acesso em: 26 abr. 2015.

SCHIMITT, Alcione V. O Programa Nacional de Publicização. **Jus Navigandi**, 1 out. 2006. Disponível em: http://jus.com.br/artigos/8994/o-programa-nacional-de-publicizacao-pnp. Acesso em:21 fev. 2025.

TURINO, Fabiana. **Hospitais públicos sob gestão de Organizações Sociais de Saúde na Grande Vitória:** um estudo comparativo. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFES, Vitória, 2016.

TURINO, F. et al. Organizações sociais de saúde nos hospitais públicos do Estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 1, p. 96-101, jan.-mar. 2016. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/15140. Acesso em: 20 jun. 2016.

ZOLET, R. O contrato de gestão entre o poder público e organizações sociais como instrumento de fuga do regime jurídico administrativo. **Jus Navigandi,** Teresina, ano 16, n. 2792, 22 fev. 2011. Disponível em https://jus.com.br/artigos/18550. Acesso em: 20 jun. 2016.

14

VANEZIA GONÇALVES DA SILVA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
GABRIELA GIMENEZ FAUSTINO ILANA
LUIS CARLOS ALVES DE OLIVEIRA
JULIA MARINA SIMAN DIAS
ELIANE DE FÁTIMA ALMEID

ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PARA ESTRUTURAÇÃO ADMINISTRATIVA DA UNIDADE DE GESTÃO DA PESQUISA - CENTRO DE PESQUISAS CLÍNICAS DO HUCAM-UFES/EBSERH

INTRODUÇÃO

Os 41 Hospitais Universitários Federais (HUFs) que compõem, atualmente, a Rede Ebserh – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares caracterizam-se por possuírem unidades hospitalares com diferentes níveis de maturidade em gestão, principalmente quando focamos na gestão das Pesquisas Clínicas (PC) (Brasil, 2020).

De acordo com a Rede Nacional de Unidades de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino, o desenvolvimento de PC em hospitais universitários (HU) envolve benefícios, como disseminação de conhecimentos e práticas médicas eficazes e baseadas em evidências; acesso dos pacientes a tratamentos e cuidados de qualidade e inovadores; elevação da qualidade geral da assistência prestada, advinda do rigor normativo, metodológico e científico as quais são submetidas; e disseminação da cultura de Boas Práticas Clínicas (BPC) na formação, proporcionando vivência aos estudantes ao atuarem em protocolos rigorosamente avaliados (Brasil, 2005; Fernandes, 2018).

Dessa forma, o Hospital Universitários Cassiano Antônio Morais (Hucam) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes) é um hospital público federal da Rede Ebserh (Hucam-Ufes/Ebserh) que, para dar suporte operacional a projetos de pesquisa em seres humanos, tem almejado a estruturação física e administrativa de um Centro de Pesquisa (CP) multiusuários e multiespecialidades, para com isso fortalecer a PC (HUCAM, 2021).

O Hucam-Ufes dispõe dos principais pré-requisitos necessários para ser protagonista em conduções de PC, dentre eles: profissionais de saúde de alta performance científica e técnica; atendimento nas diversas especialidades médicas; pacientes ávidos por acessos a novas possibilidades

terapêuticas; e ligação com uma rede de HUs de administração pública central, como descrito no manual da Rede Nacional de Unidades de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino (Brasil, 2021). Mas tudo isso não diminui os desafios com os quais está envolvido, nos processos gerenciais, em transpor as dificuldades relativas a estruturação e/ou fortalecimento do seu centro de pesquisa.

A estruturação almejada tem exigido importantes investimentos em estudos e pactuações para promover o melhor desempenho do processo de autorização de pesquisas, o que resultou na proposta deste capítulo, que é apresentar o relato de experiência quanto às estratégias utilizadas como parte da estruturação administrativa do Centro de Pesquisas Clínicas (CPC) do Hucam. Sob a mentoria de experts em uso dos conceitos Six Sigma no âmbito das pesquisas clínicas, por ocasião da elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso da Especialização em Pesquisas Clínicas do Hospital Alemão Oswaldo Cruz defendido por uma das autoras, foram aplicadas ferramentas do ciclo de melhoria DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Interferir/Melhorar e Controlar) para buscar diminuir a variabilidade nos processos centrais relativos à autorização das pesquisas clínicas no Hucam, o que resultou em 28 dias a menos de percurso entre o tempo da submissão e a aprovação, trâmite esse que antes acontecia em uma média de 150 dias. Esse tempo é crucial, como dito em Oliveira (2006), quando se trata de oportunizar o acesso a novos tratamentos e possibilidades terapêuticas.

Frente a essas questões, este capítulo tem como objetivo relatar a experiência da implementação de estratégias de estruturação administrativa do Centro de Pesquisas Clínicas para o Hucam.

MÉTODO

Este trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, elaborado a partir da vivência dos autores quanto a aplicação dos conceitos do Six Sigma, utilizando ferramentas do ciclo de melhorias DMAIC para estruturação do processo de autorização de pesquisas clínicas patrocinadas no Hucam-Ufes/EBSERH.

O gerenciamento dos processos na área da saúde dispõe, atualmente, de diversas ferramentas que podem ser aplicadas. A operacionalização dessas ações de gestão no ambiente de saúde/pesquisa pode lançar mão do uso de mais de uma dessas ferramentas administrativas com êxito. Dessa forma, os conceitos Six Sigma foram aplicados no processo de desenvolvimento deste estudo, com a aplicação do ciclo DMAIC conforme sugerido por Silva, Oliveira e Silva (2017) e visto em Muraliraj *et al* (2018), em busca de alcançar menor variabilidade nos processos envolvidos nas autorizações das PC patrocinadas no Hucam, visando a diminuição do retrabalho e desperdícios de tempo.

O grupo de trabalho de aplicação do ciclo DMAIC, foi composto pela equipe administrativa da Unidade de Gestão da Pesquisa (UGPesq) (três bolsistas e três funcionários). Foram seguidos os direcionamentos do ciclo DMAIC, conforme descrito no Quadro 1.

Quadro 1: Ciclo DMAIC (Definir, Medir, Analisar, Interferir/Melhorar e Controlar).

CICLO DMAIC			
	O que?	**Ferramentas**	**Como?**
Define Definir	O escopo e o objetivo do projeto	CANVAS e SIPOC (*Suplier, Input,Process, Output, Customer*)	Mapeando o fluxo de autorização de realização de pesquisa no Hucam
Measure Medir	Divisão do processo atual	VSM (*Value Stream Mapping*)	Diagnóstico das falhas do processo e pontos de melhoria
Analyse Analisar	Determinar os fatores críticos	FMEA (*Failure Mode and Effect Analysis*)	Definição do modo de falha, seus efeitos potenciais e suas causas
Improve Aperfeiçoar	Fazer as mudanças necessárias	FMEA – VSM Futuro	Ações recomendadas e resultados das ações tomadas
Control Controle	Controlar	Plano de Controle	Assegurar a sustentabilidade do ganho

Fonte: Elaborado pelos autores.

RESULTADOS

Os dados referentes ao tempo de tramitação para autorização de pesquisas clínicas no Hucam foram coletados, retrospectivamente, através da planilha de controle, na qual constam da data da chegada do *feasibility* (estudo de viabilidade do estudo no centro) até a liberação do *Green light* (liberação para início do recrutamento de participantes no centro). Esses dados embasaram o estudo atual, e os resultados apresentados foram avaliados após a implementação do ciclo de melhoria DMAIC, detalhada a seguir.

Foram utilizadas, para a etapa Definir (D), ferramentas como CANVAS, voltada a modelar os negócios descrevendo a lógica de como a organização cria, entrega e captura valor, e SIPOC (do inglês *Supplier*, *Input*, *Process*, *Output* e *Client*), que é uma ferramenta de mapeamento das interfaces do processo entre os clientes e os fornecedores. Para a etapa Medir (M), utilizou-se o VSM (*Value Stream Mapping*) atual, que é uma ferramenta que permite visualizar, analisar e melhorar as etapas de um processo. Para a etapa Análise (A), o PMAP (*Process Mapping*) e a FMEA (*Failure Model and Effect Analysis*) foram usados para analisar o modo de falha e seus efeitos. Já para a etapa Interferir/Melhorar (I), o VSM Futuro. E, por fim, para a etapa Controlar (C), a estratégia foi o Plano de Controle.

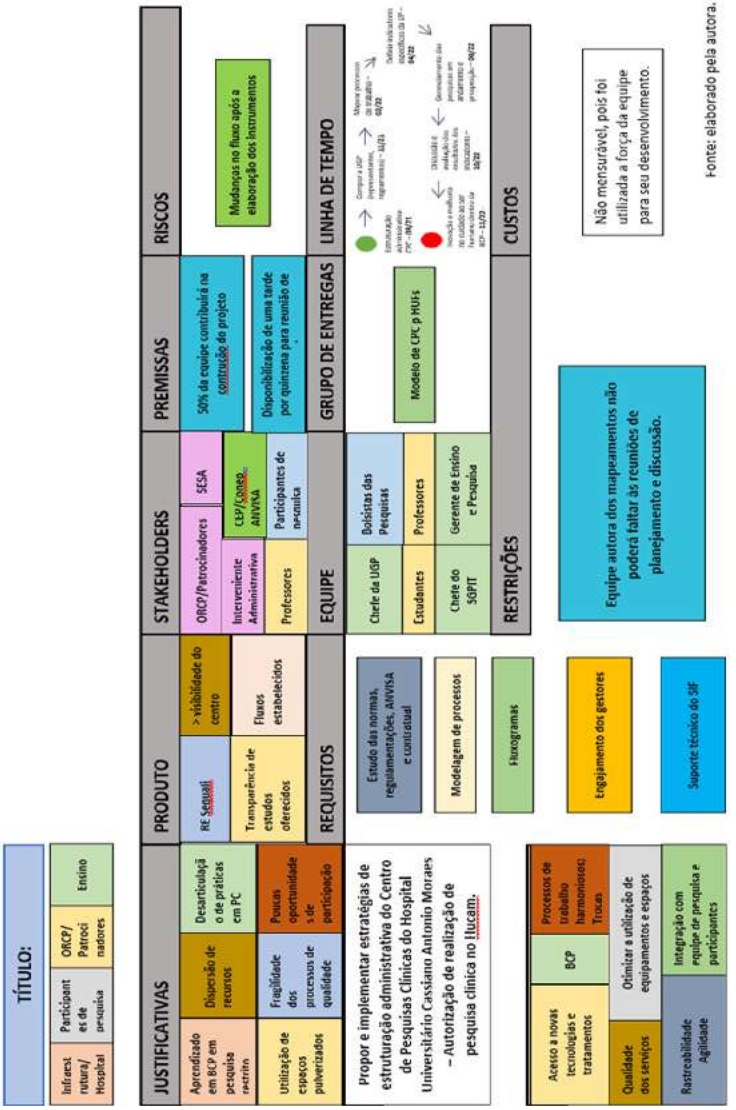
Conforme Duarte (2019), o mapeamento dos processos é uma série de atividades que transformam um conjunto de ENTRADAS em um conjunto de SAÍDAS. Atualmente, muitas ferramentas estão disponibilizadas e consolidadas para aprimorar a atividade de mapeamento dos processos. Resumidamente apresentaremos as que foram utilizadas nesse estudo.

Na etapa Definir (D), foram utilizadas as ferramentas CANVAS e SIPOC, detalhadas a seguir:

- CANVAS: Na etapa de aplicação do CANVAS, foi delimitado o escopo do processo de submissão de protocolos de pesquisa clínica patrocinada para obtenção da autorização institucional. Para tanto, caracterizou-se o problema e definiu-se o Objetivo *Smart* do projeto, a justificativa, os benefícios esperados com a implementação do projeto, os produtos que serão entregues ao cliente, os requisitos mínimos, os stakeholders, as premissas e riscos, a equipe que trabalhará para seu alcance, o grupo de entregas, a linha do tempo para

sua implementação e as restrições e custos impostos ao projeto. Os elementos usados no estudo em tela buscaram descrever a lógica de como a instituição cria, entrega, e captura valor, conforme Figura 1.

Figura 1: Descrição da lógica de como a instituição cria, entrega, e captura valor organizado no CANVAS. Vitória, ES, Brasil. 2023.



Fonte: elaborado pela autora.

- SIPOC: O SIPOC é uma ferramenta de Mapeamento das interfaces do processo entre os clientes e os fornecedores, e não de Mapeamento de Processos, que é a transformação de um conjunto de entradas em um conjunto de saídas. Portanto, é uma ferramenta para definição do problema, e consequentemente o escopo do projeto. Assim, traduzindo SIPOC (do inglês: Supplier, Input, Process, Output e Client), para o português, temos: fornecedor, entrada, saída, cliente. É uma ferramenta simples e de fácil aplicação, que permite identificar os componentes de um processo, seus elementos, as variáveis envolvidas e tudo que compõe e interfere no desempenho do processo. Ele consiste em um fluxograma, que deve ser preenchido começando pelo cliente de cada etapa do processo, ou seja, começando pelo fim (Negrão, 2020).
- Assim, o SIPOC é, basicamente, um formulário a ser preenchido para dar visibilidade àquilo que precisa ser o seu produto e quais os fornecedores e matérias-primas necessárias para alcançá-lo. Nota-se que ajuda, também, a entender o processo, identificando os limites de entrada e limites de saída. Durante essa etapa, melhorias tais como elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) e formulários foram sugeridas e iniciadas, visando a sustentabilidade dos rearranjos dos processos. O resultado da aplicação do SIPOC, identificando os fornecedores, as entradas, o processo, as saídas e os clientes envolvidos na autorização das pesquisas clínicas patrocinadas no Hucam estão representados na Figura 2.

S.I.P.O.C.

PROJETO:	**Mapeamento do processo - Submissão à autorização institucional**					
Responsável	Vanezia G Silva		**Data emissão**	11/07/22	**Revisão**	**11/07/2022**
FORNECEDORES	**ENTRADAS**		**PROCESSOS**	**SAÍDAS**		**CLIENTES**
Provedores dos recursos	Recursos necessários ao processo	Especificação de cada Recurso	Descrição das atividades em nível macro	Entregas do processo	Especificações para cada enrega	Que recebem as entregas
6	5	7	1	2	4	3
	Método		Receber o interesse do pesquisador na realização de pesquisa no Hucam	Plano de Gestão dos dados	Preenchido em conforme	GEP/SGPIT/UGPesq
GEP/SGPIT/UGPesq	Formulários -	Disponível e atual		Plano de Trabalho	Preenchido em conforme	Assessoria Jurídica
EBSERh	Redepesquisa	Disponível e atual		Contrato	Preenchido em conforme	
GEP/SGPIT/UGPesq	Template / POPs	Disponível e atual		Folha de rosto da PB	Preenchido em conforme	Comitê de Ética
Conep	Plataforma Brasil	Disponível e atual				
	Máquina:			Equipe certificada	Preenchido em conforme	UGPesq
PI	Internet	Crédito, ligado 24h				
PI	Computador	Acesso a internet				
	Matéria Prima					
GEP/SGPIT/UGPesq	Manuais	Informação detalhadas sobre as etapas de submissão	Análise sobre a Autorização de realização de pesquisa no HU	Documentos analisados e encaminhados à superintendencia para ser apresentado na reunião do colegiado executivo	Se aprovados devem ser assinados	PI / Sublinvestigadores e Aux adm e Patrocinadores
GEP/SGPIT/UGPesq	POPs	Descritivo das etapas mínimas				
Sistema CEP/Conep	Resoluções e normativas	BPC				
	Meio Ambiente					
Infraestrutura/hospital	Centro de Pesquisas Clínicas	Infraestrutura mínima e organizada				
	Mão de Obra:					
DivGP	PI, SubInvestigadores	Aptos a submeterem os docmentos mínimos		Assinatura da folha de rosto da PB	Documento em conforme	Patrocinador e Pesquisador Principal
DivGP	Aux administrativo	Verificar demandas no rede pesquisa e encaminhar as partes	Anuência Hucam Autorização para iniciar o estudo	Assinatura do contrato depois de aprovado	Documento em conforme	
DivGP	Chefia das Unidades de Gestão da Pesquisa/ do setor onde será conduzido o estudo/ GEP	Profissionais disponíveis				
	Medição:					
Chefia da UGPesq	Tempo entre a submissão e a aprovação do estudo	tempo real				

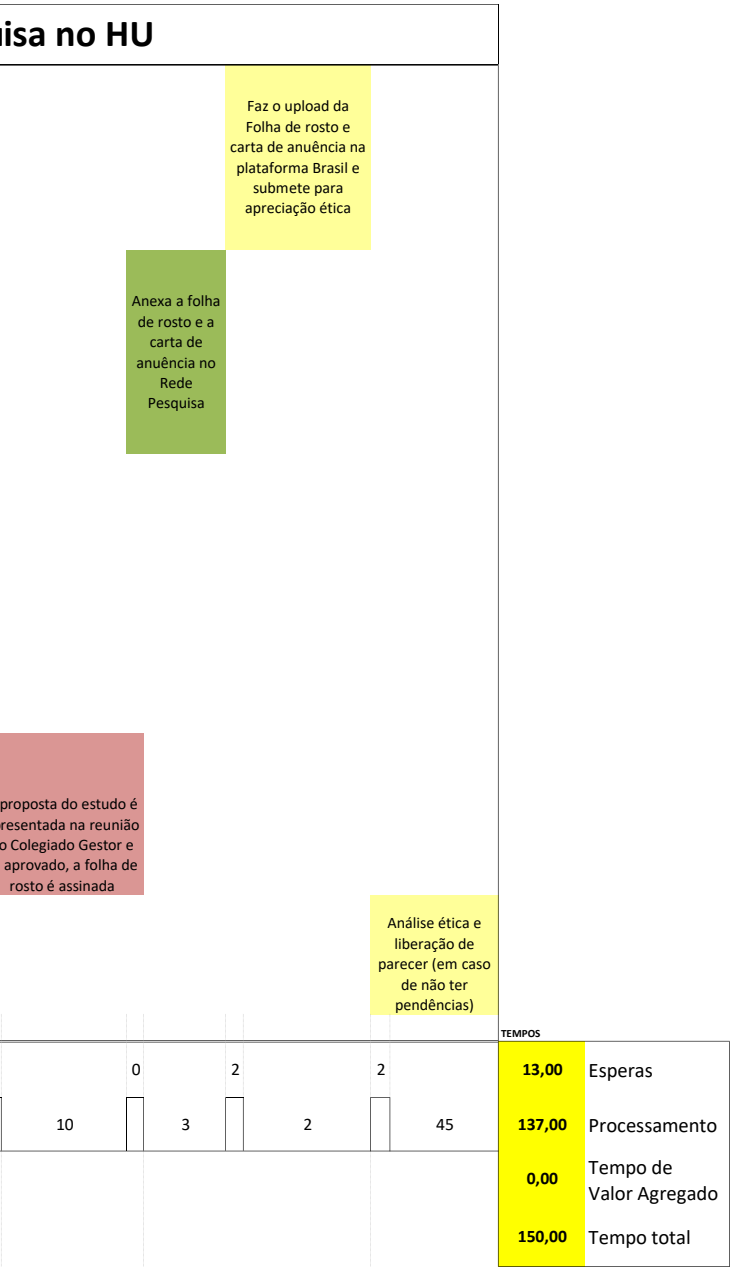
Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2: Representação esquemática do mapeamento das interfaces do processo entre os clientes e os fornecedores para autorizar pesquisas clínicas no Hucam. Vitória, ES, Brasil. 2023.

Para a etapa Medir (M), realizou-se o mapeamento do processo e a mensuração do desempenho de cada uma de suas etapas, com o objetivo de identificar e dar visibilidade aos pontos críticos passíveis de melhoria. Para isso, foi elaborada a Cadeia de Fluxo de Valor – VSM atual, representando o estado atual do processo, incluindo a linha do tempo e o detalhamento das atividades realizadas.

Essa análise permitiu distinguir as atividades que agregam valor, ou seja, aquelas que transforma o produto ou serviço de acordo com o que o cliente deseja, daquelas que não agregam valor, que consomem recursos, não contribuem diretamente para a satisfação do cliente e resultam em desperdícios. Entende-se por desperdícios toda ação ou atividade que gera custos, mas não oferece nenhum benefício ao cliente, devendo, portanto, ser eliminada ou minimizada. A representação esquemática do VSM atual está apresentada na Figura 3.

Figura 3: Representação esquemática para visualizar, analisar e melhorar as etapas do processo - VSM Atual. Vitória, ES, Brasil. 2023.



Fonte: Elaborado pelos autores.

As etapas consideradas desperdício foram as relativas ao retrabalho de reavaliação pela UGPesq dos documentos submetidos, uma vez que já foram avaliadas e sinalizadas as necessidades de ajustes, cabendo ao pesquisador/coordenador sanar tais pendências. Caso os documentos fossem todos preparados seguindo aos POPs e normativas institucionais, tempo e trabalho seriam poupados. Outro ponto avaliado como desperdício seria a submissão à reunião do Colegiado Executivo do Hucam, uma vez que todas as instâncias foram consultadas e, se o crivo destes estiverem alinhados com as normativas e recomendações institucionais, não seria necessária uma nova avaliação do referido colegiado.

A próxima etapa – Análise (A) – foi feita com o mapeamento dos processos e variáveis, PMAP (*Process Mapping*) e o FMEA (*Failure Model and Effect Analysis*). A primeira ferramenta foi usada para descrever, de forma visual, todo o processo, o que permitiu a compreensão de todas as suas etapas de forma simples e direta pelos membros da equipe que participam do processo. O produto gerado é altamente útil como documento para discussão e serviu de base para treinamento de equipe. O PMAP também permite ampliar o conhecimento dos gerentes e donos do processo, ao permitir que eles adquiram conhecimento através dessa tarefa analítica antes da implementação das melhorias, como visto em Kaippert (2020). No gerenciamento das pesquisas clínicas, a ferramenta pode permitir checar se os processos estão acontecendo como deveriam e pode clarear como trabalhar as ações requeridas para uma autorização mais fluida, beneficiando os principais clientes da realização de um estudo clínico voltado a novas terapêuticas em saúde.

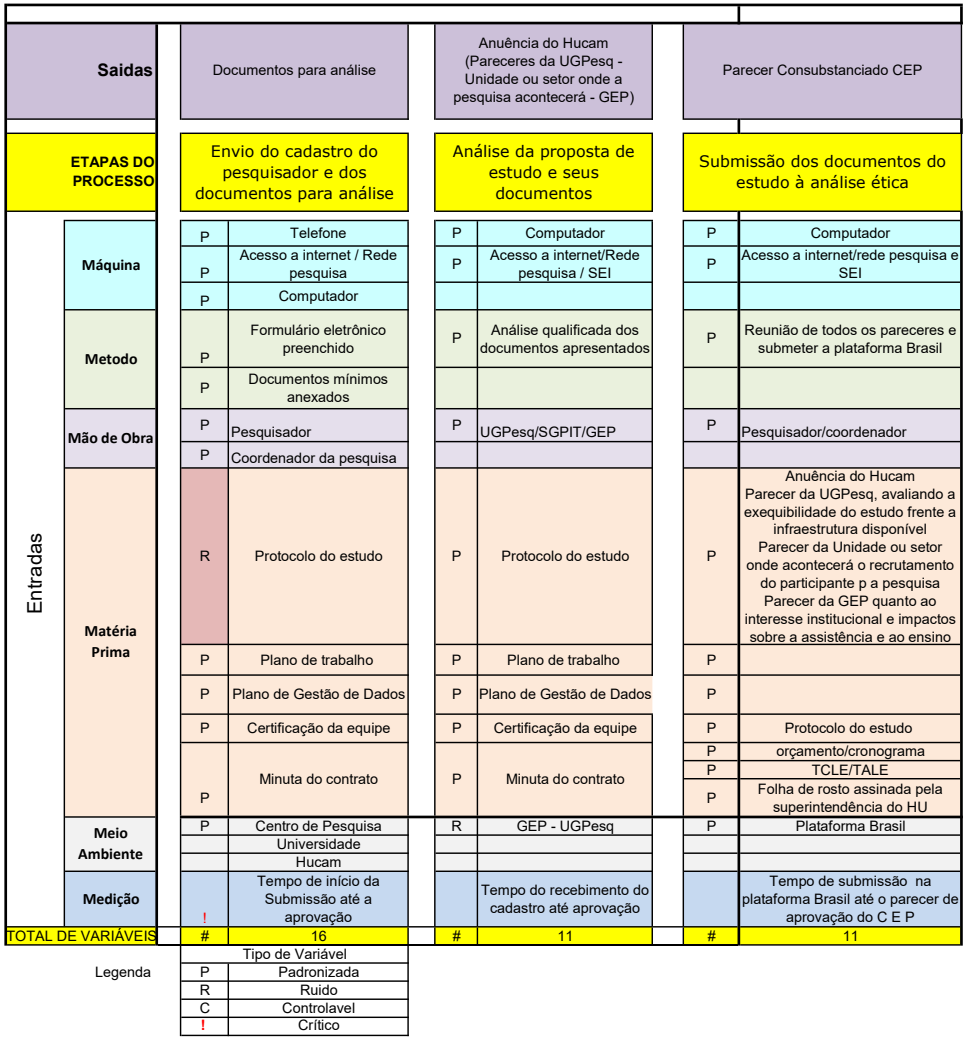
Através da construção do PMAP, foi possível observar que há três etapas que ocorrem desde o momento em que o pesquisador/coordenador inicia a submissão dos documentos de pesquisa para análise contratual e ética no Hucam e verifica-se retrabalhos atribuídos à falta de clareza do processo a ser seguido. Entre os pontos críticos, portanto, há alguns que foram classificados como padrão, nos quais foram implementados instrumentos para mitigá-los, dentre eles pops e check list.

A partir de um detalhamento das fragilidades identificadas com o uso da ferramenta PMAP, utilizamos a ferramenta FMEA, que, se baseando nas variáveis mais críticas do processo, direciona um levantamento dos riscos e a análise dos modos de falha, bem como os seus efeitos. Dessa

forma, o uso dessa ferramenta foi importante a fim de reduzir as chances de modos de falhas (Duarte, 2019).

As Figuras 4 e 5 trazem a representação esquemática da aplicação das ferramentas PMAP e FMEA para analisar o modo de falha e seus efeitos na etapa Análise (A).

Figura 4: Representação esquemática do Mapeamento dos processos e variáveis - PMAP. Vitória, ES, Brasil. 2023



Fonte: Elaborado pelos autores.

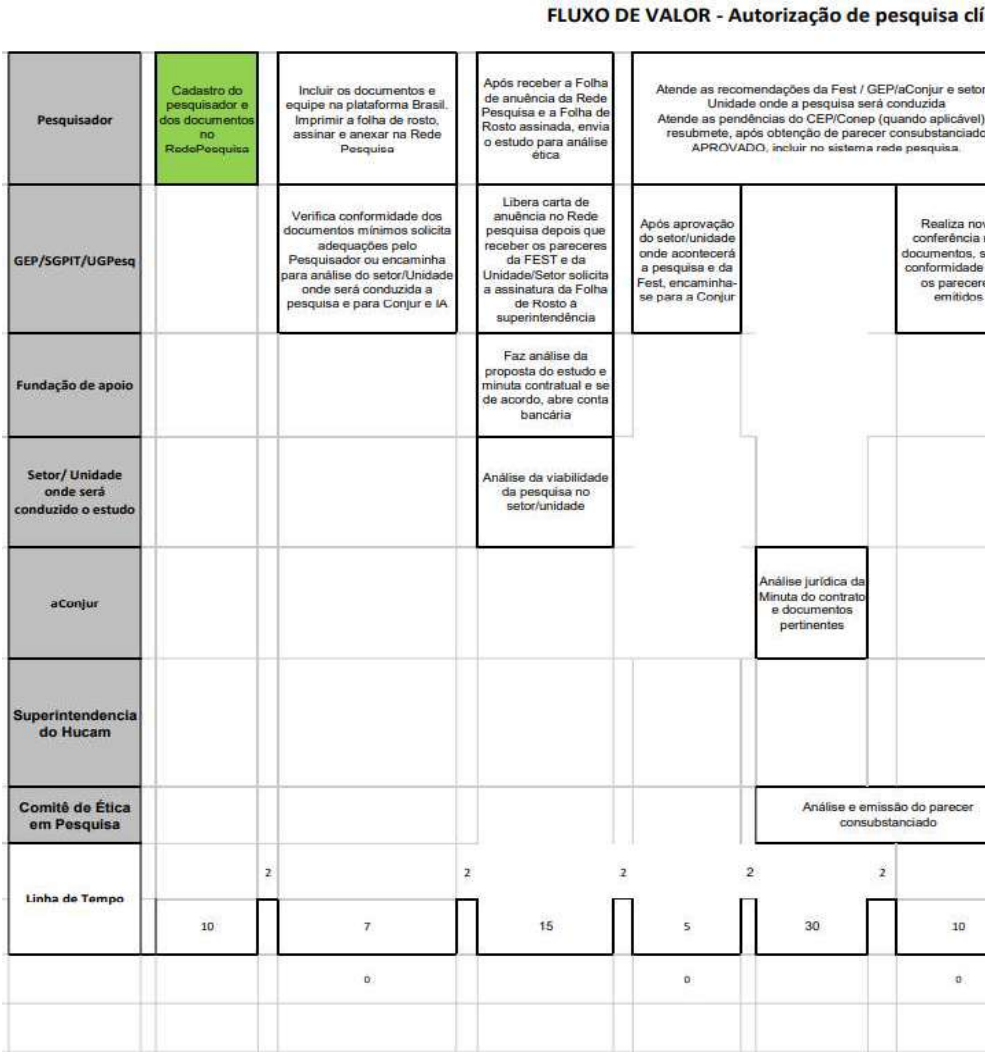
Figura 5: Representação esquemática dos modos de falhas e análise dos seus efeitos FMEA. Vitória, ES

FMEA DE				
TITULO DO PROJETO:	**Autorização de pesquisa no Hucam-Ufes/EBSERH**			
EQUIPE RESPONSÁVEL:	**Vanezia**			
Função & Requisitos do Processo	**Modo de falha Potencial**	**Efeito Potencial da Falha**	**Sever**	**Causa / Mecar Potencial da F**
Receber o cadastro do Pesquisador na Plataforma do Rede Pesquisa	Não receber ou receber incompleto	Atraso na aprovação do estudo pela Instituição	8	Desconhecimer fluxo de pesquisa
			6	Sem experiência com o fluxo
			6	Falha de comun
			6	Falta de acess materiais instru sobre a submiss pesquisa no
Receber o cadastro do projeto de pesquisa na Plataforma do Rede Pesquisa e proceder a análise e dar o ou não a Anuência da Instituição à pesquisa	Não receber ou receber inconsistentes (documentos essenciais) Plano de Gestão de Dados Plano de trabalho Protocolo Minuta do contrato Certificação da equipe	Atraso na aprovação do estudo pela Instituição	5	Desatenção as no de submissão de pesquisas na Inst
		Retrabalho (ter que refazer documentos essenciais)	6	Não observação a check list e ao PC submissão de pes Plano de gestão d dados inconsisten demais document essenciais
Analise dos documentos pelo CEP	Documentos essenciais inconsistentes ou faltantes que comprovem a gestão dos dados da pesquisa	Aumento do risco de perda de dados de participantes da pesquisa	9	Ausência de prof para checag
		Falta de controle sobre os dados gerados na pesquisa	10	
	Protocolo com inadequações de viabilidade / metodologia	Gerar pendências na análise ética	8	Protocolo com fa construçã
		Interferir negativamente na assistência / formação profissional	10	
	Análise ética demorada (pendências geradas)	Período de análise ética demorado / Atraso no início do estudo	10	Não adesão Resoluções 46 510/18 e 674

PROCESSO												
					Equipe: Equipe da UGPesq							
					Data: 27/05/2022							
ismo Falha	Ocorr	Controles Atuais do Processo	Detec.	NPR	Ações Recomendadas	Responsável e Prazo	Resultado das Ações Ações Tomadas	Sever	Ocorr	Detec.	NPR
nto do a no HU	5	Não tem	10	400	Divulgação dos materiais instrucionais	Comunicação - 30 dias	Pesquisadores cientes do processo a ser seguido para autorização no Hucam	6	3	5	90
prévia o	6	Não tem	8	288				6	4	7	168
icação	8	Não tem	8	384				6	3	7	126
o aos utivos são de HU	5	Orientações disponíveis sobre os procedimentos a serem seguidos	6	180				4	3	7	84
ormas tituição	3	Não tem	10	150	Orientar o cadastramento e sobre os documentos necessários e oferecer material instrucional	GEP/SGPIT/UGPesq	Cadastramento efetivado	5	3	3	45
ao OP de squisa los nte ou tos	8	Pré análise da submissão pela GEP/SGPIT/UGPesq	8	384	POP e check list dos documentos essenciais à submissão		Projeto analisado pela GEP	5	3	7	105
issional em	5	Check list com as recomendações do jurídico / Pop de submissão de protocolo de pesquisa e POP de Gestão de dados	10	450	POP de submissão de protocolo de pesquisa e POP de gestão de dados	Vanezia / Julia / Frederico - 30 dias	Mapeamento e adequação da custódia dos dados de pesquisa	7	1	3	21
	5		3	150	Auditorias regulares			5	1	1	5
lhas na o	7	Análise qualificada do SGPIT/UGPesq	3	168	Revisão do protocolo e documentos submetidos	Pesquisador/patrocinador 30 dias	Protocolo conduzido aderente as BPC	10	3	3	90
	8	Análise qualificada do setor/serviço onde o protocolo será conduzido	6	480			A condução do protocolo não interfere negativamente no serviço	8	5	2	80
às 6/12, /22	8	Orientações para o cumprimento dos requisitos mínimos para aprovação ética	9	720	Orientações sobre as resoluções vigentes	SGPIT/UGPesq/CEP	Menor tempo para aprovação ética e início do estudo	6	5	3	90

Ao analisar o VSM futuro, observou-se que os instrumentos implementados, POPs para Treinamento e Atualização da equipe do estudo e para Elaboração de Plano de Trabalho para realização de pesquisa clínica no Hucam, assim como ao formulário de gestão de dados em pesquisa

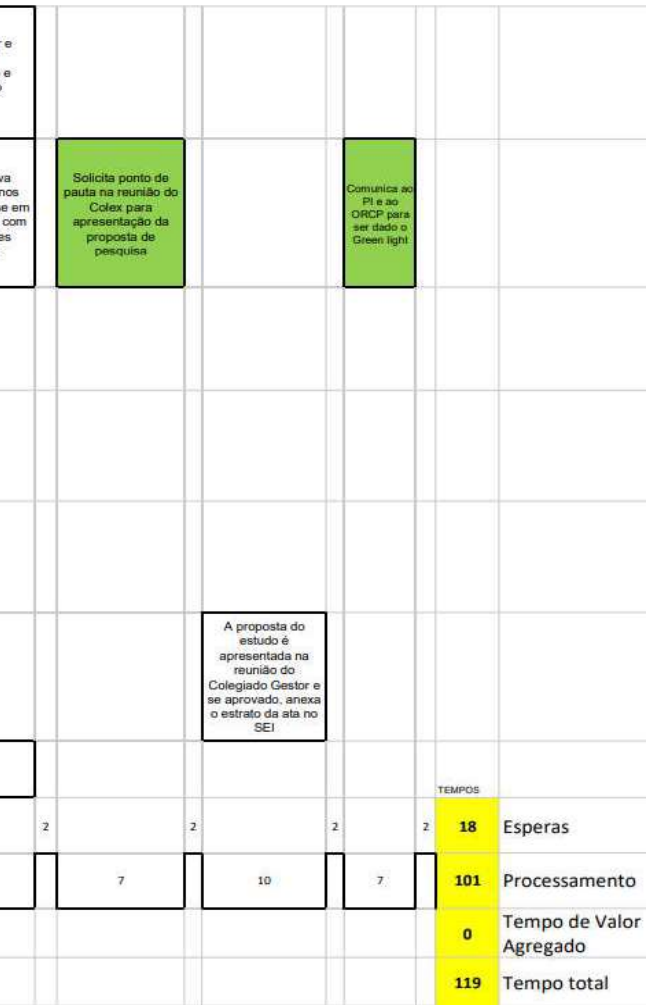
Figura 6: Representação esquemática para visualizar, analisar e melhorar as etapas do processo - VSM



clínica, elaborados a partir dos pontos críticos identificados na etapa de Análise (A), conferiram maior fluidez ao processo quando comparados ao VSM atual, visto na Figura 6, resultando numa diminuição de 28 dias no tempo total de avaliações.

Atual. Vitória, ES, Brasil. 2023.

nica no HU



Fonte: Elaborado pelos autores.

Os documentos, produtos criados para as melhorias do processo, tais como os POPs e os *check lists* consistem em documentos institucionais, portanto, não foram disponibilizados em sua totalidade, sendo disposto nas figuras 7, 8 e 9, apenas para demonstração.

Figura 7: Formulário de gestão de dados em pesquisa clínica

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

Tipo do Documento	FORMULÁRIO ADMINISTRATIVO	FRM-AD.
Título do Documento	FORMULÁRIO DE ARQUIVAMENTO DE DADOS DE PESQUISA CLÍNICA	Emissão: / / Versão:

1.Titulo do projeto	
No. Registro da pesquisa	

2.Pesquisador responsável:	
Nome	
Local de trabalho no HUCAM	
E-mail	
Telefone de contato	
Observações	

3.Responsável pela guarda dos dados:	
Nome	
Local de trabalho no HUCAM	
E-mail	
Telefone de contato	
Observações	

4.Projeção de inclusão	

5.Momento da pesquisa:	
Aguardando trâmite regulatório	
Aguardando trâmite contratual	
Em pausa	
Em seguimento	
Em recrutamento	

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 8: Treinamento e Atualização da equipe do estudo

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

EBSERH

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.UGPesq- Página 1 de 7	
Título do Documento	Treinamento e Atualização da equipe do estudo	Emissão: 15/10/2022	Próxima revisão:

1. **ÁREA RESPONSÁVEL**

   GEP/SGPTI/Unidade de gestão da Pesquisa

2. **ABRANGÊNCIA**

   Investigador Principal, Co-Investigador(es), Coordenador de Estudo e qualquer funcionário da instituição, regularmente registrado no *delegation form*, conforme a resolução 466/12 de quaisquer estudos clínicos envolvendo seres humanos a ser iniciado no Hucam.

3. **OBJETIVO (S)**

   Padronizar os procedimentos envolvidos no processo de capacitação e/ou treinamento da equipe dos estudos clínicos a serem iniciados ou em andamento no HU.

   Observação: Nenhum membro de quaisquer estudos poderão exercer atividades de

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 9: Elaboração de Plano de Trabalho para realização de pesquisa clínica no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

EBSERH

Tipo do Documento	PROCEDIMENTO/ROTINA	POP.UGPESQ.001- Página 1 de 9	
Título do Documento	ELABORAÇÃO DE PLANO DE TRABALHO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA CLÍNICA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES	Emissão: 14/07/2022 Versão: 1.0	Próxima revisão: 14/07/2024

1. **ÁREA RESPONSÁVEL**
   Unidade de Gestão da Pesquisa (UGPESQ).

2. **ABRANGÊNCIA**
   Unidade de Gestão da Pesquisa – Locais demandantes de aprovação de projeto de pesquisa no Hucam (UGPESQ)

3. **OBJETIVO (S)**
   Padronizar os procedimentos para confecção de Planos de Trabalho dos estudos clínicos conduzidos no âmbito do Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. Plano de Trabalho é o documento técnico a ser elaborado entre as partes interessadas visando orientar as ações a serem desenvolvidas, que preveja, no que couber: objeto; justificativa; objetivos; resultados esperados; metas e respectivos indicadores; cronograma de execução; orçamento; definição da propriedade intelectual envolvida, a descrição dos meios a serem empregados; a previsão de concessão de bolsas; os recursos envolvidos; os participantes; e os pagamentos previstos, dentre outras informações.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Na etapa Controle (C), estabeleceu-se o plano de controle para identificação do cumprimento da variável "Tempo" entre a submissão e aprovação contratual e regulatória dos estudos clínicos. (Figura 10)

Figura 10:- Representação do Plano de Controle. Vitória, ES, Brasil. 2023.

Plano de controle - Autorização de pesquisa clínica patrocinada - Hucam-Ufes/Ebserh

Nome do Processo	Organização do fluxo de submissão para autorização de pesquisa clínica no HU		No. Plano de Controle - 00001		Data (Orig.) 10/08/2022	
			Unidade/Area - Unidade de Gestão da Pesquisa		Dono do Processo - Área de qualidade	
Etapa do Processo	**Variável (X)**	**Método de Coleta**	**Frequência**	**Método de Controle**	**Responsável**	**SLA/ Especificação**
Submissão para autorização de pesquisa no HU - inclusão dos documentos mínimos solicitados para análise institucional e do CEP	Tempo para a autorização de pesquisa Clínica no HU	Registrar o tempo entre a submissão e a autorização	Por estudo ou seja, a cada protocolo	Gráfico dos dados	Coord. Qualidade	50 dias
Assinaturas contratuais, apos parecer da aConjur e submissao e aprovacao etica	Tempo para a assinatura a partir dos pareceres previos	tempo desde a liberacao dos pareceres ate a iniciacao do estudo	Por estudo ou seja, a cada protocolo	Gráfico dos dados	Coord. Qualidade	70 dias

Fonte: Elaborado pelos autores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo em tela apresenta o relato de experiência com a implementação de estratégias de estruturação administrativa da Unidade de Gestão da Pesquisa no tocante ao processo de autorização de realização de pesquisa no Hucam.

Pode-se, então, conhecer e utilizar as ferramentas do Six Sigma para diminuir a variabilidade dos processos para autorização de pesquisa no Hucam, resultando na elaboração de instrumentos que os auxiliem na submissão de protocolos de pesquisa, promovendo, assim, um fluxo mais direcionado, fluido e com menos retrabalho.

O resultado quantitativo dá conta de uma fluidez no processo de submissão, quando se compara o VSM atual ao VSM futuro, numa

diminuição de 28 dias no tempo total de avaliações as quais os documentos dos estudos são submetidos, ou seja, menos desperdício de tempo empregado. Esse tempo a menos impacta positivamente no reconhecimento da Unidade de Pesquisa, por colocar o Hucam como um centro de pesquisa que realiza a análise ética e contratual com tempo definido e aceitável, mas ainda com possibilidades de novas intervenções para maior celeridade (Oliveira, 2006). Entendeu-se que o mapeamento do processo revelou os modos potenciais de falha e retrabalho, permitindo interferir nos problemas identificados, levando também ao alcance de melhorias subjetivas, tais como a sistematização das Boas Práticas Clínicas (BPC) na realização de pesquisas clínicas e a melhora dos processos de trabalhos internos da UGPesq.

As percepções iniciais da equipe da UGPesq (três bolsistas e três funcionários) sugerem uma projeção de melhoria e maior qualidade no processo de submissão dos documentos das pesquisas clínicas para a aprovação pela instituição. Carecendo agora avaliar a implantação das ferramentas e seus impactos, sugere-se que novos estudos sejam feitos inferindo quanto, como e onde as definições dos fluxos e instrumentos norteadores construídos direcionarão as novas submissões.

O desenvolvimento do estudo apresentado fora resultado do curso de Especialização em Pesquisas Clínicas do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) em parceria com a Faculdade de Educação em Ciências da Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Plano de ação de pesquisa clínica no Brasil [recurso eletrônico].** Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_pesquisa_clinica_brasil.pdf. Acesso em 27 nov. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia, Ministério da Ciência e Tecnologia. **Rede Nacional de Unidades de Pesquisa Clínica em Hospitais de Ensino.** v. 1, n. 1. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2005. 48 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rede_nacional_pesquisa_clinica_hospitais.pdf?utm. Acesso em: 02 mar. 2023

BRASIL. Ministério da Educação, EBSERH. **Sistema REDE – Manual do Usuário.** Brasília, DF: Ministério da Educação, 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/14nsih59QVItZ4gTRDQrTKMcZ7I5XA8Lk/view. Acesso em: 27 jun. 2022

DUARTE, Giselle da Silva. **Aplicabilidade das ferramentas Lean & Six Sigma na melhoria da qualidade dos dados gerados da Rede de Pesquisa Clínica e aplicada em Chikungunya (REPLICK).** Orient. Luis Carlos Alves Oliveira. São Paulo, 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Pesquisas Clínicas) – Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, 2019.

FERNANDES, C. X. **Diagnóstico situacional e apresentação de um programa de acompanhamento para projetos de pesquisas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF).** Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Pesquisa Clínica, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Porto Alegre, 2018. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/URGS_9941e3e802c6f9110d4d66297419ac64. Acesso em: 22 fev. 2023

HUCAM – Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes. **Plano Diretor Estratégico 2021-2023.** Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Vitória, ES: Universidade Federal do Espírito Santo; Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, 2021

KAIPPERT, Beatriz. **Redução do índice de desvios no reporte de evento adverso grave (EAG) à plataforma de pesquisa clínica da vice-presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas.** Orient. Luis Carlos Alves Oliveira. São Paulo, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Pesquisas Clínicas) – Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, 2020.

MURALIRAJ, J.; ZAILANI, S.; KUPPUSAMY, S.; SANTHA, C. Annotated methodological review of Lean Six Sigma. **International Journal of Lean Six Sigma.** v. 9, n.1, p. 2-49, 2018. Disponível em: https://lss-academy.com/wp-content/uploads/2018/02/Annotated-Methodological-Review-of-Lean-Six-Sigma-IJLSS-04-2017-0028.pdf?utm. Acesso em: 24 ago. 2022.

NEGRÃO, Fábio Juliano. **Organização da pesquisa clínica na Universidade Federal da Grande Dourados do planejamento a execução:** uma proposta de intervenção e criação de centro de pesquisa clínica. Orient. Dr. Francisco José Forestiero. São Paulo, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Hospital Alemão Oswaldo Cruz, São Paulo, 2020.

OLIVEIRA, Egléubia Andrade de; LABRA, Maria Eliana; BERMUDEZ, Jorge. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2379-2389, nov. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2022.

SILVA, L. C.; OLIVEIRA, M. C.; SILVA, F. A. Implementação da metodologia Seis Sigma para melhoria de processos utilizando o ciclo DMAIC: um estudo de caso em uma indústria automotiva. **Exacta**, v. 15, n. 2, p. 223-232, 2017. DOI: https://doi.org/10.5585/exactaep.v15n2.6473. Acesso em: 05 mar. 2022.

15

PAOLA PINHEIRO BERNARDI PRIMO
MICHELE NACIF ANTUNES
ADAUTO EMMERICH OLIVEIRA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO

EM TEMPOS DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE PÚBLICA: UMA ABORDAGEM PARA A COMUNICAÇÃO A PARTIR DO TERRITÓRIO DE ATUAÇÃO

INTRODUÇÃO

O termo comunicação, em sua origem etimológica, é oriundo do latim *communicare*, que tem o sentido principal de "partilha", "participar de algo" ou "pôr-se em comum". Dessa forma, comunicar significa "agir em comum" ou "deixar agir em comum". Em muitos contextos, a comunicação é vista apenas como transmissão de mensagens ou de informação, impondo-se sobre o sentido primordial de "ação comum" (Sodré, 2015).

Na busca do "agir em comum", diferentes ações foram desenvolvidas no âmbito da linha de pesquisa em Comunicação e Saúde Coletiva (C&SC) no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes).

A linha de pesquisa C&SC foi desenvolvida a partir da concepção de que o direito à comunicação e informação é uma das bases essenciais para o exercício pleno da cidadania e do direito à saúde. E, nessa direção, Comunicação, Informação e Saúde Coletiva, em suas interfaces, não devem ser reduzidas a uma visão instrumental, como um conjunto de ferramentas de transmissão de conteúdos a serviço da saúde. Necessitam ser dialógicos e estar associados à noção de direito, com propósitos para o aperfeiçoamento do sistema público de saúde e a participação efetiva da sociedade e do controle social na construção permanente dessa possibilidade (Emmerich; Nacif, 2017).

A abordagem além dos muros da Universidade, por meio de ações de extensão como o II Seminário Capixaba de Comunicação e Saúde, possibilitou, aos pesquisadores da linha de pesquisa C&SC, uma aproximação com comunidades atingidas por recentes emergências em Saúde Pública, como a epidemia da Zika, em 2015, e o rompimento da barragem

de Fundão, em Mariana (MG), em 5 de novembro do mesmo ano. E, mais recentemente, pela pandemia da covid-19, iniciada no ano de 2020.

Mas o que seriam essas emergências em Saúde Pública? De acordo com o Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública elaborado pelo Ministério da Saúde em 2014:

> uma emergência em saúde pública caracteriza-se como uma situação que demande o emprego urgente de medidas de prevenção, de controle e de contenção de riscos, de danos e de agravos à saúde pública em situações que podem ser epidemiológicas (surtos e epidemias), de desastres, ou de desassistência à população (Brasil, 2014).

Nessa direção, temos vivenciado uma sucessão de emergências, principalmente aquelas que afetam diretamente a nossa saúde, e recentemente, vivemos uma situação de crise na saúde diante da pandemia da covid-19. O surto e a resposta ao coronavírus foram acompanhados por uma enorme "infodemia", uma abundância excessiva de informação – algumas precisas e outras não – que dificultam o acesso a fontes confiáveis para orientar a ação (OPAS, 2020). Há também uma "desinfodemia", que pode ser definida como a propagação de uma enfermidade facilitada pela desinformação viral que viaja na velocidade de uma postagem do *Twitter*, por exemplo (Nogués, s.d.). Acrescenta-se a esse cenário o desafio da comunicação diante das incertezas científicas, quando os epidemiologistas, por exemplo, passaram a comunicar suas incipientes descobertas e previsões para que os gestores pudessem tomar decisões.

Diante de tal desafio, garantir uma comunicação universal, equânime e integral (Araújo; Cardoso, 2007), que garanta informação suficiente para ampliação da participação cidadã nas políticas de saúde e na orientação do seu cuidado, não deve ser exclusiva das instituições, autoridades de saúde, especialistas, divulgadores científicos e jornalistas. É necessário também incorporar a participação de cidadãos no compartilhamento dessas informações (Antunes; Coqueiro, 2022).

A linha de pesquisa C&SC tem desenvolvido, portanto, estudos e instrumentos que buscam uma aproximação maior com aqueles diretamente atingidos por essas emergências, o que proporcionou o reconhecimento das potencialidades e diferenças existentes nos diversos

territórios, como um movimento de resistência, principalmente no campo da Comunicação e Saúde. Antunes e Coqueiro (2022) denominam essa forma de resistência de comunicação rizomática.

A comunicação rizomática pressupõe um movimento de resistência à centralidade dos meios de comunicação, que muitas vezes assumem um papel centralizador na midiatização de riscos e emergências em Saúde Pública, de modo que podem influenciar o estabelecimento de crenças, opiniões e comportamentos. Essa centralidade dos meios de comunicação impulsiona as organizações de saúde a desenvolverem as estratégias comunicacionais em uma estrutura hierárquica, menos cooperativa e democrática.

Diante dos desafios informacionais da pandemia da covid-19, foi possível observar diversos movimentos que potencializaram o protagonismo da população em resposta a essa centralidade da mídia e dos processos comunicacionais ancorados em relações hierárquicas e lineares, configurando-se um movimento de resistência que cria modos de viver e existir, não possuindo, dessa maneira, formas planejadas de revelar-se nos territórios.

Antunes e Coqueiro (2022) destacam que o enfrentamento da pandemia apresentou, em cada território, diferentes desafios, de acordo com as carências e adversidades ali existentes, que foram potencializadas pelo acesso às tecnologias de informação e comunicação, por meio das quais os atores locais difundiram informações sobre o cuidado, fizeram denúncias e pedidos de apoio por intermédio de jornais, vídeos e áudios.

Diante desse cenário, este capítulo tem como objetivo apresentar uma breve conceituação teórica sobre comunicação em suas interfaces com o território em tempos de emergências em Saúde Pública. A partir das perspectivas da comunicação e do território, este capítulo assume o propósito de contribuir no impulsionamento do protagonismo do leitor nos processos comunicacionais no âmbito da Saúde.

SAÚDE, COMUNICAÇÃO E TERRITÓRIO

O conceito de saúde é inseparável das condições concretas de existência. Scliar (2007) defende que o conceito de saúde reflete a conjuntura

social, econômica, política e cultural. Ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. Aquilo que é considerado doença varia muito. Com isso, conceitos de saúde e de doença mudam ao decorrer da história, bem como o entendimento dos processos de adoecimento e recuperação pela ação terapêutica.

Diante dessa diversidade de definições, a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, convencionou afirmar que "Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou incapacidade". Ainda assim, muitas ressalvas existem em torno de tal definição. Essa conceituação recebe críticas por parte de cientistas e pensadores, por revelar uma idealização do conceito, que tornou-se inatingível e, assim, não pode ser usado como meta pelos serviços de saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 1986) defendeu que a conceituação de saúde perpassa por várias condições envolvendo campos como alimentação, meio ambiente, lazer, acesso a serviços de saúde, entre outros. Esse conceito é conhecido como Conceito Ampliado de Saúde. Ele envolve uma luta pelo direito do cidadão ao acesso a serviços de saúde, compreendendo questões que englobam os determinantes sociais e como cada elemento pode influenciar no processo de saúde-doença do indivíduo.

Cabe destacar ainda que, na medida em que a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas ausência de doença, o que se almeja é que as pessoas possam viver com qualidade. Nessa perspectiva, o saber acumulado pela humanidade em termos de higiene, produção de conhecimentos científicos e tecnológicos, formação de profissionais e trabalhadores para esse setor permitem identificar uma outra dimensão da saúde: o saber.

Esse saber popular sobre o ambiente, sobre os processos de saúde-doença, aliados ao saber produzido pela ciência, podem produzir conhecimento, tecnologias e inovações. Torna-se imperioso, portanto, entender quem são os diversos atores, objetos e espaços presentes no território e de onde emanam essas vozes, de que forma falam, quais são silenciadas e quais são ouvidas. Por outro lado, é importante também refletirmos como o pensamento científico sobre saúde é percebido por cada um deles e de que modo esse fazer científico contribui na melhoria do acesso a essa informação sobre saúde.

Quando lemos Bakhtin (1986) e suas afirmações sobre a palavra, afirmando que um dos elementos primordiais para apreensão e compreensão das relações nessa construção de diálogos com muitos sentidos é a palavra, torna-se compreensível que o modo como os discursos são construídos e o que eles representam para um determinado território reflete o modo de viver e de pensar desses indivíduos em cada época da história.

Ao olharmos para a comunicação em saúde no Brasil, vemos que ela esteve presente em toda a trajetória da gestão pública de saúde, desde o início do século XX, com a mudança de paradigma sobre as causas das doenças e as descobertas da ciência sobre processos de transmissão de patologias. O marco de aproximação foi a criação, em 1923, do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, quando a comunicação começou a ganhar importância no campo da Saúde. Na época da ditadura de Vargas, surge o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), trazendo para o foco das políticas a responsabilização do indivíduo sobre se manter saudável (Araújo; Cardoso; Murtinho, 2011). Os atores sociais e suas relações interpessoais eram vistos como canais de comunicação, e instrumentos de persuasão e convencimento eram utilizados para tratar das intervenções sanitárias.

Com a promulgação da Constituição de 1988, surge o Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação democrática e social passa a ser prioridade, alterando novamente o modo de comunicar. Esse aspecto é reafirmado por Ramos (2005), que salienta a importância da pluralidade das fontes de informação e da democratização da comunicação:

> Sem a circulação de duplo sentido entre os participantes, sem a existência de várias fontes de informação que permitam maior seleção, sem o desenvolvimento das oportunidades de cada indivíduo para tomar determinadas decisões baseadas no conhecimento completo de fatos heteróclitos e de pontos de vista divergentes, sem a participação dos leitores, espectadores e dos ouvintes na adoção de decisões e na constituição dos programas dos meios de comunicação social, a verdadeira democratização não chegará a ser uma realidade (Ramos, 2005, p. 250) .

O direito à Comunicação torna-se, portanto, uma parte inseparável dos direitos civis e sociais, além de estar diretamente relacionado com

a política. Thompson (2002) ressalta a função mediadora dos meios de comunicação na relação entre Estado e sociedade e sua capacidade de propagar, ou não, lutas, ideias, interesses, atribuindo maior ou menor poder político a eles.

> [...] os meios de comunicação passaram a mediar as relações entre o governante e o povo, de maneira que a administração da visibilidade se tornou uma prática rotineira da arte de governar. Enquanto idealmente mediadores das relações entre Estado e Sociedade, os meios de comunicação possuem a capacidade de dar maior ou menor visibilidade, ou simplesmente negligenciar determinadas lutas por reconhecimento ou formas de desrespeito (Braz, 2011, p. 69).

Cabe destacar, ainda, que o direito à comunicação não se resume apenas à esfera pública, envolvendo acesso à informação governamental, liberdade, compartilhamento de saberes, culturas, línguas e conhecimentos (Mattelart, 2009). Esse discurso sobre o direito à comunicação, de forma progressiva, é, portanto, utilizado por atores sociais dos variados campos dos direitos humanos. Propõe-se, então, que a forma mais adequada de conceituar o direito humano à comunicação seja colocá-lo como o direito à participação, tanto em forma quanto em matéria, no âmbito público mediada pelas comunicações sociais e eletrônicas (Intervozes, 2019). Esses princípios de participação e informação se complementam no intuito de que haja um efetivo engajamento das comunidades, seja na busca por soluções, seja na colaboração para criação e gestão de políticas públicas em saúde.

Portanto, quando falamos de comunicação no campo da Saúde, é preciso ter claro que ela não se dissocia da noção de direito, é dirigida a cidadãos e tem como objetivo o aperfeiçoamento do sistema público de saúde. Em consequência, não se pode limitar a ter a persuasão como estratégia, nem trabalhar apenas com a ideia de divulgação. O objetivo deve ser estabelecer o debate público sobre temas de interesse e garantir o acesso à informação suficiente para a ampliação de sua participação cidadã nas políticas de saúde (Araújo; Cardoso, 2007).

As discussões sobre comunicação e saúde perpassam, ainda, pela importância do território no qual essas questões são tratadas. Mas o que é território?

> O território é o lugar em que se desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as fraquezas, isto é, onde a história do homem plenamente se realiza a partir das manifestações da sua existência (Santos, 2006, p. 13).

Concordando então com Milton Santos (1994, p. 15-16), o que nos interessa para discussão no campo da comunicação e saúde não é apenas o território em si, mas o uso do território. Isto é, considerar que ele é usado por múltiplos agentes com diferentes forças e poder, com distintas capacidades de usar e controlar suas bases naturais e técnicas, além de definir e regular suas bases normativas e políticas. O território se forma a partir do espaço. Ao se apropriar de um espaço, há a territorialização desse espaço, que ocorre pelos processos de apropriação, seja ela concreta ou simbólica. Território é, portanto, onde a vida acontece.

Os territórios são estabelecidos por e a partir de relações de poder. Dessa forma, poder é o conceito-chave para entender o território, assim como também para entender a comunicação. De acordo com Gondim e colaboradores (2008), a população, as empresas nacionais e multinacionais, o poder público, os grupos sociais, as diversas organizações sociais, culturais, religiosas e de lazer e os meios de comunicação possuem poder de ação e o exercem de acordo com seus planos e projetos e com suas capacidades de fazer com que eles aconteçam e se materializam nos territórios.

As relações sociais comunitárias que se formam no território também exercem grande poder sobre esse espaço, seja fortalecendo os laços de coexistência entre as diferentes pessoas e grupos sociais ou por meio de pessoas que realizam práticas populares (parteiras, benzedeiros, curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros).

Retomando então o que já foi dito anteriormente, os saberes populares fortalecem laços e vínculos entre as pessoas do território que buscam enfrentar os problemas e suprir as necessidades locais. Ao voltarmos o olhar para as práticas de saúde, ao conhecer o território no qual a vida transcorre, é possível contribui para entender como as pessoas adoecem e como podem ter saúde (processo saúde-doença) e para identificar formas de organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e às necessidades da população (Gondim; Monkey, 2017).

A COMUNICAÇÃO RIZOMÁTICA: UMA FORMA DE COMUNICAÇÃO DE EMERGÊNCIAS EM SAÚDE NO TERRITÓRIO

É possível olhar para a comunicação e saúde no território a partir da perspectiva da comunicação rizomática (Antunes *et al.*, 2022).

Cada vez mais, a maioria das organizações científicas e do campo da saúde desenvolve a comunicação em uma estrutura basicamente hierárquica e menos cooperativa e democrática. De acordo com Antunes e Coqueiro (2022), em contrapartida há a necessidade de envolver o público com base na abordagem participativa e considerar o público como parceiro, aquele que pode trabalhar juntamente com as organizações para desenvolver um campo mais aberto e inovador, promovendo projetos de ciência cidadã. Somente aqueles que estão inseridos nos contextos locais podem contribuir para as organizações adaptarem suas mensagens de acordo com os contextos socioeconômicos, culturais, educacionais, entre outros.

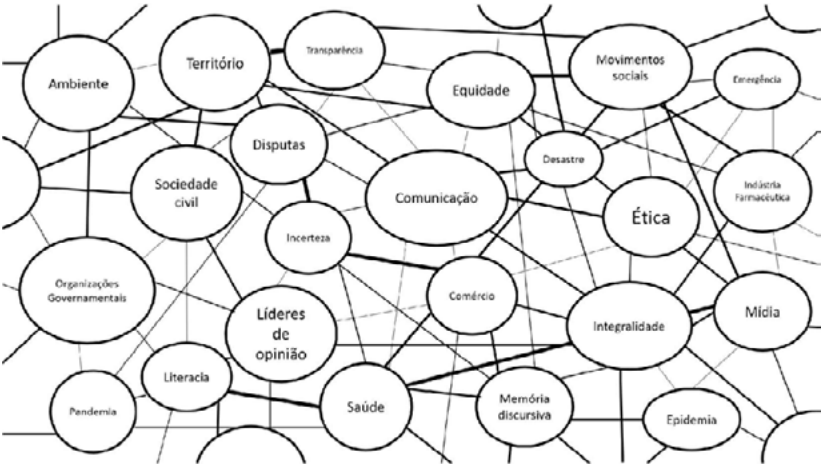
Os autores Antunes e Coqueiro (2022) caracterizam a comunicação rizomática a partir do "rizoma" de Deleuze e Guattari (1995), compreendido como uma forma da vida, no sentido mais ampliado, sob forma de conexões, sem início ou fim, entremeadas por segmentaridades, linhas, intensidades e estratos.

> por não terem um aspecto preestabelecido, onde diferentes pontos se conectam no fluxo entre diversos atores (mídia, movimentos sociais, líderes de opinião, organizações governamentais, indústria farmacêutica e comércio), situações (desastres, epidemias, pandemias e emergências), elementos-chave (ética, transparência, literacia, disputas, integralidade e equidade), áreas e saberes (comunicação, saúde e educação, por exemplo), em um caminho sistemático e criativo de pensar o mundo e suas complexidades, sustentando as diferenças e heterogeneidades dentro do território comunicacional (Antunes; Coqueiro, 2022).

E assim, esse fluxo acontece de forma sistemática, e cada item pode ganhar um destaque maior a depender do contexto histórico vivido, do

ângulo analisado e da perspectiva de qual ponto se vai analisar o processo comunicacional (Figura 1).

Figura 1: Fluxo da comunicação rizomática



Fonte: Antunes; Coqueiro, 2022.

Assim, nesse processo de comunicação, o fluxo rizomático é formado por linhas que se conectam e colocam em evidência as multiplicidades de saberes envolvidos no modo de comunicar rizomaticamente, tendo o público como um grande aliado na produção de conteúdo sobre os mais diversos assuntos e moldando, também, a forma com que as notícias são produzidas pela mídia e por organizações públicas de saúde. (Antunes; Coqueiro, 2022; Antunes *et al.*, 2022),

É possível enumerar diferentes iniciativas de comunicação rizomática durante as emergências em Saúde Pública. Em diferentes territórios, surgiram iniciativas como *podcasts*, jornais e 'rádios no poste'. Nesse caso, os agentes dessa comunicação são considerados como "Grupo Sujeito", isto é, um coletivo que se constitui como uma utopia ativa capaz de gerar suas próprias normas – como realização de pautas com assuntos destinados ao local. Eles deixaram de ser um "Grupo Sujeitado", ou seja, alienados em objetivos, procedimentos e normas que lhes são impostas, como, por exemplo, ouvir de forma passiva uma informação da rádio sem

poder esclarecer dúvidas sobre o assunto ou aceitando passivamente as informações que são impostas sem vinculação com a realidade de cada comunidade (Antunes; Coqueiro, 2022).

CONCLUSÃO

Neste capítulo, fizemos uma breve apresentação do campo da Comunicação e Saúde em suas interfaces com o território numa visão rizomática, na qual é possível entender a Comunicação também como campo de resistência, que faz emergir o protagonismo dos territórios nos processos comunicacionais.

Durante a pandemia da covid-19, foi possível observar diferentes iniciativas no campo da comunicação de emergências em saúde pública que emergiram dos territórios. Percebemos que os territórios estão em ebulição e esse é o momento de continuar potencializando e fortalecendo esse movimento.

Olhar a comunicação de emergência em saúde pública nos territórios a partir da comunicação rizomática é olhar para a Comunicação em suas interfaces com a Saúde a partir do entendimento que, durante as emergências em Saúde Pública, o diálogo com o público pode ser potencializado a partir do mapeamento e compreensão que diferentes pontos que se conectam no fluxo comunicacional entre atores, situações, áreas e saberes. E considerar que o saber local é crucial para sustentar as diferenças e heterogeneidades no território comunicacional.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, M. N., COQUEIRO. J. M. Comunicação rizomática: reflexões sobre os movimentos de resistência em tempos da Covid-19. **Saúde Debate**, v. 46, n. 132, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202213214

ANTUNES *et al*. "Comunicamos, logo existimos!":comunicação de emergências em saúde pública e as redes sociais. In: OLIVEIRA, Adauto Emmerich; ANTUNES, Michele Nascif; PRIMO, Paola Pinheiro Bernardi (orgs.). **Somos todos atingidos:** comunicação em tempos de emergências em saúde pública. Vitória: Edufes, 2022.

ARAÚJO, I. S. CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I. S; CARDOSO, J. M.; MURTINHO, R. A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, 10 ed., 2011. Disponível em https://saudeamanha.fiocruz.br/wp- content/uploads/2017/03/A-Comunicac%CC%A7a%CC%83o-no-sistema-de-Sau%CC%81de-cena%CC%81rios-e-tende%CC%82ncias.pdf. Acesso em: 07 ago. 2019.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. 2. ed. São Paulo: Hucitec,1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf . Acesso em: 11 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Plano de Resposta às Emergências em Saúde Pública.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 44 p.

BRAZ, R. G. V. Direitos Humanos Fundamentais e Direito à Comunicação: entre a redistribuição e o reconhecimento. **Revista Contemporânea**, Rio de Janeiro, 17 ed., v. 9, n. 1, 2011.

DELEUZE, G., GUATTARI, F. **Mil Platôs**. 2. ed. São Paulo: Editora 34; 1995.

EMMERICH, A; NACIF, M. Comunicação e Saúde: um relato de experiência no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Ufes. **Ensaio e Diálogos**, n. 4, nov. 2017. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/12/ENSAIOS-DI%C3%81LOGOS-5_ARTIGO-11-adauto.pdf. Acesso em: 20 mar 2023.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. Território e territorialização. In: GONDIM, Grácia Maria de Miranda; CHRISTÓFARO, Maria Auxiliadora Córdova; MIYASHIRO, Gladys Miyashiro (org.). **Técnico de vigilância em saúde**: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44

GONDIM, G. M. de M. *et al*. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, Ary Carvalho de; BARCELLOS, Christovam; MOREIRA, Josino Costa; MONKEN, Mauricio. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 237-255

INTERVOZES – Coletivo Brasil de Comunicação Social. **Direito à comunicação no Brasil 2018**. São Paulo: Intervozes. Disponível em: https://intervozes.org.br/arquivos/interliv013dircom8.pdf. Acesso em: 11 mar. 2025.

MATTELART, A. A construção social do direito à Comunicação como parte integrante dos direitos humanos. **Intercom – Revista Brasileira de Ciências da Comunicação São Paulo**, v. 32, n. 1, p. 33-50, jan./jun. 2009

NOGUÉS G. Desinfodemia, la otra epidemia. **Adox**, Desarrollando Información, [s.d]. Disponível em: https://adox.com.ar/desinfodemia-la-otra-epidemia/. Acesso em: 27 mar. 2023.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Genebra: OMS, 1946. Disponível em: https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf. Acesso em: 26 mar. 2023

OPAS – Organização Panamericana de Saúde. **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19.** OPAS, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf Acesso em: 26 mar. 2023.

RAMOS, Murilo. Comunicação, direitos sociais e políticas públicas. In: MELO, José Marques; SATHLER, Luciano. **Direitos à comunicação na sociedade da informação**. São Bernardo do Campo: Umesp, 2005.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização**: do pensamento único à consciência universal. 13 ed. Rio de Janeiro: Record, 2006. 174 p.

SANTOS, M. Território globalização e fragmentação. São Paulo: Hucitec, 1994

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf. Acesso em: 26 mar. 2023

SODRÉ, M. **A ciência do comum**. Petrópolis (RJ): Vozes. 2015.

THOMPSON, John B. **A mídia e a modernidade**: uma teoria social da mídia. Petrópolis: Vozes, 2002

16

ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR
CAMILA LAMPIER LUTZKE
CAROLINE RODRIGUES THOMES
SANDRA DE VASCONCELLOS SCHMIDT
MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO

HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE BUCAL NO BRASIL

INTRODUÇÃO

Política refere-se à ação do Estado nas diversas dimensões da vida social, que se reflete na regulação e provisão de recursos coletivos por meio de políticas públicas (Vasconcelos, 2006). A política pública pode ser vista como uma resposta do Estado às necessidades da população, mediante sua condição de vida. A evolução das políticas de saúde está intimamente relacionada ao cenário político-social e econômico da sociedade brasileira (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013). No decurso do tempo, é visível a progressão do protagonismo do Estado enquanto regulador de tais ações.

As políticas públicas de saúde bucal no Brasil caracterizam-se excludentes e individualistas (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013). Para a compreensão de cada acontecimento histórico relacionado à saúde bucal, é necessário conhecer o cenário em que se construiu, bem como as circunstâncias que levaram ao seu desenvolvimento. Assim, este capítulo detalhará o histórico das Políticas de Saúde Bucal no Brasil.

CONJUNTURA DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL NO PERÍODO PRÉ-CONSTITUINTE

Na transição entre República e Império, assinala-se a falta de políticas públicas de saúde e saneamento nos subúrbios, o que acarretou surtos de doenças endêmicas no período republicano (Silvestre; Aguiar; Teixeira; 2013). A preocupação com os serviços de saúde surgiu apenas no final

da República Velha, entre 1889 e 1930. No início do século XX, a saúde pública concentrava sua atuação no combate de endemias e epidemias, no chamado Sanitarismo Campanhista (Ely; Carvalho; Santos, 2009).

A promulgação da Lei Eloy Chaves, em 1923, marcou o surgimento efetivo da previdência social no Brasil. Inicialmente, a lei criou, nas empresas de estradas de ferro do país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os empregados e, em um segundo momento, passou a incluir trabalhadores marítimos e estivadores. Trata-se de um período caracterizado pelas pressões operárias, em consonância com a percepção, por parte da elite e das classes governantes, da insuficiência de medidas repressoras e da necessidade de mudança de postura diante da problemática trabalhista e social (Vianna; Paim, 2016).

Entretanto, a grande mudança foi a implantação do serviço de atendimento médico domiciliar durante o segundo governo Vargas, em 1949. O serviço, até então restrito à assistência privada, passou a ser universal, embora limitado a atendimentos de urgência (Oliveira *et al.,* 2021).

A expansão de um sistema econômico industrial deixou em evidência a saúde do corpo do trabalhador. Os escassos registros sobre saúde bucal na primeira metade do século mostram-na vinculada a ações curativas, dedicadas principalmente a gestantes, pré-escolares e escolares (Cerveira, 2003).

A primeira referência à Odontologia no serviço de saúde ocorreu no estado de São Paulo no ano de 1892, através do Decreto Estadual nº 87 de 29 de julho de 1892 (Telarolli, 1996). Entretanto, foi por meio do Decreto nº 4600, de 30 de maio de 1929, que regulamentou o Serviço Dentário Escolar, que os já existentes consultórios odontológicos escolares foram oficializados (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013). O atendimento era realizado em livre demanda, prática que vigorou nos serviços públicos até 1988, quando a saúde bucal passou a figurar entre as instituições sanitárias (Medeiros Junior, 2004). As ações eram individuais e sem programação.

Somente em 1952 foram implementados os primeiros programas de Odontologia Sanitária, por meio do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As ações propostas eram voltadas para os escolares por intermédio do Sistema Incremental (SI) (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013). De forma pioneira no Brasil, implementou-se um modelo de atenção precursor de ações de caráter preventivo, ainda que a cobertura fosse inicialmente

focada na população escolar (Vianna; Paim, 2016). O SI seguiu uma lógica preventiva, para controlar a incidência de agravos, e uma ação vertical, por meio de programa curativo.

De forma abreviada, pode-se dizer que, na década de 1950, a Odontologia Sanitária e o Sistema Incremental, introduzidos pela SESP, tinham um enfoque reparativo-curador em áreas estratégicas do ponto de vista econômico. O público-alvo era crianças em idade escolar, de 6 a 14 anos. Introduziu-se algumas medidas preventivas e o princípio de uma lógica organizativa e de programação para a assistência odontológica (Brasil, 2008).

A Odontologia Sanitária, além das mudanças apontadas no SI, impulsionou também ações intersetoriais, como a fluoretação das águas de abastecimento público inaugurada em outubro de 1953 na cidade de Baixo Guandu, Espírito Santo (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013; Vianna; Paim, 2016). A partir desse marco, leis municipais e estaduais foram criadas para regulamentar a fluoretação das águas.

A III Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, teve como temas a situação sanitária da população brasileira, a distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal e a municipalização dos serviços de saúde. Pode-se destacar, nessa conferência, um dos maiores avanços em Saúde Bucal Coletiva: a inclusão da prevenção da cárie com a utilização dos fluoretos no Plano Nacional de Saúde Pública (Ely; Carvalho; Santos, 2009).

A década de 1970, mesmo em um cenário político hostil e opressor, é reconhecida pela difusão de ideais de universalização, equidade e participação popular, caracterizando a Reforma Sanitária Brasileira. A Reforma é uma referência do que se considera como conteúdo essencial da história da Saúde Coletiva (Carnut; Mendes; Marques, 2019) e ficou conhecida pela constituição e reformulação de um campo do saber, uma estratégia política e um processo de transformação institucional (Fleury, 2009).

Nesse período, a Odontologia Integral reunia práticas de prevenção e promoção da saúde bucal com ênfase coletiva e educacional; abordagem e participação comunitária; simplificação e racionalização da prática odontológica; e desmonopolização do saber, com incorporação de pessoal auxiliar e trabalho a quatro mãos (Brasil, 2008). Em 1974, concretiza-se a antiga aspiração de dentistas sanitaristas e é assinada a Lei Federal nº

6.050, que dispõe sobre a fluoretação de águas de abastecimento público (Ramires; Bulasaf, 2007).

No início dos anos 1980, a atuação do Ministério da Saúde restringia-se às atividades da Fundação Serviços de Saúde Pública (FSESP) (antigo SESP, transformado em fundação), aos programas de fluoretação da água de abastecimento público e à formação de recursos humanos através da Fundação Oswaldo Cruz. Os municípios e secretarias estaduais de Saúde atuavam sem diretrizes e intervenções do Ministério, que não dispunha de mecanismos para o estabelecimento de uma política de saúde bucal (Vianna; Paim, 2016).

Ainda assim, a Odontologia caminhava no sentido de uma avaliação de suas práticas, como no que diz respeito à sua inserção no setor público e de prestação de serviços de saúde. E, na segunda metade da década de 80, é fortemente marcada por ações de prevenção individual e coletiva, centradas principalmente na redução da cárie dentária (Ely; Carvalho; Santos, 2009).

Em março de 1986, foi realizada a histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em um contexto político de transição democrática, como resultado das propostas e lutas do movimento da Reforma Sanitária (Rosário; Baptista; Matta, 2020). A Conferência teve ampla participação social, e seu relatório final fundamentou o capítulo sobre Saúde na Constituição Federal de 1988. Com princípios doutrinários de equidade, integralidade e universalização, estabelecia a saúde como dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros. Assim, estabeleceu as bases para a reestruturação do Sistema de Saúde, vindo a se constituir dois anos mais tarde no Sistema Único de Saúde (SUS) (Andrade, 2006).

Como um dos desdobramentos da VIII CNS, teve início o processo de organização das conferências destinadas à discussão de temas específicos. Realiza-se então, em outubro de 1986, a I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB). O relatório final transparece uma tendência de fortalecimento das mudanças na prática odontológica e expõe a necessidade de uma Política Nacional de Saúde Bucal inserida nos preceitos de um sistema universal, equânime, integral e com participação popular (Brasil, 1986), como estabelecido na VIII CNS (Silvestre; Aguiar; Teixeira, 2013; Vianna; Paim, 2016).

No ensejo da CNSB, a situação da saúde bucal brasileira era considerada caótica, com o modelo de prática odontológica atendendo apenas 5% da população, em uma atuação definida, por Vianna e Paim (2016),

como ineficaz, ineficiente, dependente de alta densidade tecnológica e com caráter monopolizador, elitista, iatrogênico e mutilador.

Ainda no ano de 1986, o Ministério da Saúde realizou o 1º Levantamento Epidemiológico de âmbito nacional na área da saúde bucal, quando foram coletados dados referentes à cárie dental, doença periodontal e necessidade de prótese (Roncalli; Côrtes; Peres, 2012). Os resultados mostram um CPOD (índice de dentes "cariados", "perdidos" e "obturados") que aumentou com avanço da idade, partindo de 1,26 aos 6 anos de idade e alcançando 27,22 na faixa etária de 50 a 59 anos. Os piores resultados se encontram nas camadas mais baixas de renda, e chama atenção o expressivo uso e necessidade de próteses totais (Martins *et al.*, 2005).

CONJUNTURA DA SAÚDE BUCAL NO BRASIL NO PERÍODO PÓS-CONSTITUINTE

A I Conferência Nacional de Saúde Bucal (CNSB) foi um marco na saúde bucal brasileira. Ela ocorreu em 1986 na forma de Conferência Temática da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Fernandes; Narvai, 2011). Como uma imensurável conquista, ela expôs, de forma pioneira, o panorama da saúde bucal brasileira e concebeu o planejamento da inclusão da Odontologia no SUS (Tavares *et al.*, 2020).

Em sequência, a promulgação da Constituição Federal de 1988 representou um marco histórico para o sistema de saúde brasileiro, ao reconhecer a saúde como direito fundamental e dever do Estado. Essa conquista foi fundamental para impulsionar a construção de políticas públicas voltadas para a saúde bucal (Brasil, 1988; Vianna; Paim, 2016).

Nesse contexto, o SUS, criado em 1990, surgiu como uma oportunidade para proporcionar diretrizes políticas favoráveis à expansão dos serviços, estabelecendo um modelo de atendimento universal e integral. Com essa iniciativa, a saúde bucal passou a ser inserida nas diretrizes e princípios do SUS, fortalecendo a necessidade de políticas específicas para essa área, antes focada principalmente nos cuidados com crianças em idade escolar (Roncalli, 2000).

O SUS orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário. O princípio constitucional de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos. E acesso diz respeito à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

Alguns anos após a promulgação da Constituição, Córdon (1991) destacou que a implementação do SUS era bem-sucedida em experiências que combinavam vontade política local e participação popular. No entanto, ele ressaltou a necessidade de um maior controle social em relação aos aspectos financeiros e à organização das práticas de saúde, afirmando que as políticas de saúde bucal ainda eram centralizadas e que as decisões eram tomadas sem a participação da comunidade, o que comprometia sua legitimidade e a continuidade dos serviços.

No final da década de 1990, a saúde bucal no Brasil ainda enfrentava grandes desafios. A maioria da população não tinha acesso regular a serviços odontológicos, os serviços eram, em sua maioria, voltados para a assistência curativa, com pouca ênfase na saúde pública, e as políticas públicas direcionadas a essa área eram insuficientes e desarticuladas (Mendes, 1986). A falta de prevenção e promoção de saúde bucal refletia-se no elevado número de doenças dentárias e na baixa qualidade de vida da população (Roncalli, 2000).

A saúde bucal como um direito de cidadania foi a temática principal da II CNSB, realizada em 1993 numa conjuntura nacional caracterizada a partir da visão ampliada da revisão da Constituição de 1988 – inclusive com ameaças ao artigo 196, que consagra a "saúde como direito de todos e dever do Estado" – e por eleições presidenciais no ano seguinte. Essa segunda conferência, direcionada à saúde bucal, teve articulação com a II Conferência Nacional de Saúde (1992), cujas discussões eram direcionadas com protagonismo para os problemas provenientes da resistência do governo federal em efetivar a mais ampla e democrática participação da sociedade nas decisões e processos de gestão do SUS e em ter avanços na descentralização das ações e serviços (Brasil, 2005).

Nesse sentido, a II CNSB promoveu a aprovação de diretrizes e estratégias políticas para a saúde bucal no país, reconhecendo-a como direito de cidadania, e abordou as características de um novo modelo de atenção em saúde bucal, apontando a necessidade de recursos humanos e

as formas de financiamento das políticas. Propunha o controle social por meio dos Conselhos de Saúde e defendia a descentralização das ações, "com garantia de universalidade do acesso e equidade da assistência odontológica, interligados a outras medidas de promoção de saúde de grande impacto social" (Brasil, 2005).

Duas conferências nacionais de saúde foram realizadas de 1993 a 2002 (10ª Conferência Nacional de Saúde em 1996 e 11ª Conferência Nacional de Saúde em 2000), mas nenhuma conferência especificamente sobre saúde bucal foi realizada nesse período (Brasil, 2005).

No levantamento epidemiológico realizado em 1996, várias questões relevantes relacionadas à saúde bucal foram identificadas. Os dados revelaram uma prevalência significativa de problemas bucais, incluindo cárie, doença periodontal e outras condições orais. Os resultados indicaram que uma parcela substancial da população apresentava cárie dentária, principalmente em dentes permanentes. Além disso, a doença periodontal também foi identificada como um problema comum, afetando muitos indivíduos. Essas são condições bucais que podem ter impactos significativos na saúde e bem-estar dos indivíduos, afetando a capacidade de mastigar, falar e até mesmo a autoestima (Chaves, 2016).

O levantamento epidemiológico de 1996 também destacou a existência de desigualdades na saúde bucal, com diferenças observadas entre diferentes grupos socioeconômicos, regiões geográficas e acesso aos serviços de saúde bucal. Foi constatado que pessoas com menor renda e menor acesso aos cuidados odontológicos apresentavam maior prevalência de problemas bucais (Chaves, 2016).

Em consonância com esses dados, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) realizada no ano de 1998 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística percebeu que cerca de 29 milhões de brasileiros, que constituíam 20% da população, nunca haviam consultado um dentista, com notáveis disparidades relacionadas à renda, região e localização geográfica. A taxa de pessoas que nunca consultaram um dentista atinge 32% na área rural, sendo que a maioria delas possui renda de até dois salários-mínimos (Barros; Bertoldi, 2002).

A PNAD baseia-se em uma amostra probabilística de domicílios obtida em três estágios de seleção. No primeiro estágio, é feita a seleção dos municípios, que são classificados em auto-representativos, com

probabilidade 1 de pertencer à amostra; e em não auto-representativos, com probabilidade de pertencer à amostra proporcional à população residente. No segundo estágio, são selecionados os setores censitários, cuja probabilidade de inclusão é proporcional ao número de domicílios existentes no setor. No terceiro estágio, os domicílios são amostrados em cada setor censitário, sendo investigadas as informações relativas a todos os residentes no domicílio (Lima-Costa; Barreto; Giatti, 2003).

Realizada anualmente, a pesquisa tem como objetivo coletar dados sobre características demográficas, habitação, educação, trabalho e rendimentos da população brasileira (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006). Em 1998, além dessas questões mencionadas, foram realizadas investigações abrangentes e atualizadas sobre aspectos relacionados à saúde. O objetivo foi obter informações a nível nacional sobre o acesso aos serviços de saúde, o uso dos serviços de saúde, a cobertura por diferentes tipos de planos de saúde, as necessidades de saúde em relação a doenças crônicas e limitações de atividades decorrentes de problemas de saúde agudos ou crônicos, bem como os gastos com planos de saúde privados, serviços médicos e medicamentos (Brasil, 2000).

A variável dependente "uso de serviços de saúde" foi criada como variável dicotômica (usou/não usou). As pessoas que usaram foram aquelas que responderam positivamente à pergunta sobre terem sido atendidas em serviço de saúde nas duas semanas anteriores à realização da pesquisa (na primeira ou última vez que procuraram); e as pessoas que não usaram, aquelas que não procuraram serviços no período de referência da pesquisa ou que procuraram mas não foram atendidas. Foram considerados todos os tipos de serviço incluídos nas alternativas: farmácia, posto ou centro de saúde, consultório médico particular, consultório odontológico, consultórios de outros profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos etc.), ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato, ambulatório ou consultório de clínica, pronto-socorro ou emergência, hospital, laboratório ou clínica para exames complementares, atendimento domiciliar (Travassos; Oliveira; Viacava, 2006).

A saúde bucal no Brasil recebeu uma parcela relativamente pequena dos investimentos totais do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) do SUS. Em 1998, 5,24% do investimento em saúde foi direcionado aos procedimentos odontológicos, sendo que esse percentual variou de 2,07%,

no estado do Amapá, a 11,91%, no Mato Grosso do Sul. O gasto per capita anual em procedimentos odontológicos individuais também foi modesto em 1998, com uma média nacional de R$ 0,88. Houve uma clara tendência de crescimento de Norte a Sul, com gastos per capita de R$ 0,60, R$ 0,67, R$ 0,83, R$ 1,02 e R$ 1,08 para as regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul respectivamente (Barros; Bertoldi, 2002).

Desde o início do século XX, a regulação das práticas de saúde no Brasil foi particularmente influenciada pelo contexto global e modelos biomédicos integrados. Esse modelo passou a ditar a organização dos serviços de saúde e o tipo de atendimento na prestação de serviços, mas também apresentava algumas limitações como: atendimento hospitalar, uso de tecnologia dura, tratamento e concepção mecanicista do enfermo. Assim, a necessidade de quebrar esse padrão indicava que o Programa de Saúde da Família (PSF) era uma estratégia prioritária para a reestruturação do modelo de saúde brasileiro (Reis *et al.*, 2021).

A partir disso, o Ministério da Saúde trabalhou em um processo de qualificação dos municípios, com o objetivo de incluir a saúde bucal no Programa de Saúde da Família, possibilitando o desenvolvimento de ações de forma integrada e beneficiando grupos populacionais prioritários (Escorel *et al.*, 2007).

INSERÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi introduzido no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde como um novo modelo para a Atenção Básica, após passar anos promovendo políticas prioritárias para a atenção hospitalar, em que os recursos federais repassados a estados e municípios eram baseados principalmente na produção de serviços individuais e na capacidade instalada. Uma política específica e nacional de atenção primária para todo o país nunca havia sido formulada, ainda que diversas experiências localizadas tenham sido implementadas de modo disperso. Inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de

maior risco social, o PSF, aos poucos, adquiriu centralidade na agenda governamental (Escorel *et al.*, 2007).

No que se refere à Política de Saúde Bucal, as ações passaram a integrar as atividades da PSF por meio da Portaria GM/MS nº. 1.444, de 2000 (Brasil, 2000), que regulamenta o incentivo para a implantação das equipes de saúde bucal (ESB) no PSF. A presença da ESB no PSF teve objetivo de ampliar o acesso coletivo às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal e, consequentemente, a melhoria de seus indicadores epidemiológicos (Pereira, Groisman, 2014).

Assim, o cirurgião-dentista e os demais profissionais da saúde bucal foram inseridos no PSF em 28 de dezembro de 2000, por meio da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.444, que também criou incentivo financeiro para reorientação das ações de saúde bucal. Definiu ainda, o trabalho das equipes de saúde bucal, voltado para a reorganização do modelo de atenção e para a ampliação do acesso às ações, garantindo a atenção integral aos indivíduos e às famílias, mediante o estabelecimento de vínculo territorial (Brasil, 2000).

Nessa Portaria, a relação de equipe de saúde bucal (ESB) por equipe de saúde da família ocorreu da seguinte forma: cada equipe de saúde bucal deveria atender em média 6.900 habitantes; para cada equipe de saúde bucal a ser implantada, deveriam ser implantadas duas equipes de saúde da família; e para os municípios com menos de 6.900 (seis mil e novecentos) habitantes, poderia ser implantada uma equipe de saúde bucal com uma ou duas equipes de saúde da família (Brasil, 2000).

Somente após a Portaria GM/MS nº 267, de 06 de março de 2001, foram regulamentadas as normas e diretrizes para a inclusão das ESB nas suas duas modalidades possíveis de implantação: modalidade I, composta por um Cirurgião-Dentista (CD) e um Auxiliar em Saúde Bucal (ASB); e modalidade II, composta por um CD, um ASB e um Técnico em Saúde Bucal (TSB). O governo entendeu a necessidade de melhorar os índices epidemiológicos de saúde bucal e de ampliar o acesso da população brasileira às ações a ela relacionadas, em termos de promoção, proteção e recuperação, e, dessa forma, impulsionou a decisão de reorientar as práticas de intervenção nesse contexto, valendo-se, assim, de sua inclusão na ESF (Brasil, 2001).

Essa estratégia, que visava levar equipes de saúde, incluindo profissionais da Odontologia, para atuarem junto às famílias, promovendo

cuidados preventivos e educativos, representou um marco na abordagem integral da saúde, integrando o cuidado odontológico à Atenção Básica. No período dos anos 2000, foi formulada a Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), estabelecendo diretrizes e metas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal no Brasil (Brasil, 2000, 2004a).

Assim, essas ações representaram avanços significativos na organização e no direcionamento das políticas públicas de saúde bucal no país, visando à melhoria da qualidade de vida da população. Conquistas que refletiram em melhorias significativas na atenção à saúde bucal dos brasileiros, ampliando o acesso aos serviços e promovendo ações preventivas. No entanto, era fundamental o aprimoramento dessas políticas, buscando a universalização do acesso, a educação em saúde bucal e a promoção de ações efetivas de prevenção.

Em contrapartida, o Levantamento Epidemiológico Nacional de Saúde Bucal realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2002-2023 (SB Brasil), que subsidiou o planejamento e a avaliação das intervenções em saúde bucal, demonstrou que os problemas de saúde bucal têm sido generalizados e graves no Brasil. Além disso, expôs que a persistência de diferenças regionais no estado de saúde bucal da população brasileira requer intervenções que visem minimizar suas consequências, bem como atuar sobre os determinantes de doenças e problemas de saúde bucal (Brasil, 2004a).

Após a decisão do governo federal de convocar uma Conferência Nacional de Saúde especial, a XII Conferência Nacional de Saúde foi realizada em 2003, primeira com o Poder Executivo sob a liderança de Luiz Inácio Lula da Silva, e teve como tema principal: "A saúde que temos, o SUS que queremos". Nessa perspectiva, a III CNSB ocorreu no contexto da deterioração das condições de vida do povo brasileiro e da persistência de graves problemas sociais (aumento da violência urbana e alto desemprego) (Brasil, 2005). Assim, a III CNSB acabou tendo como pano de fundo a esperança dos brasileiros de que demandas históricas, inclusive as relacionadas à saúde e à saúde bucal, fossem finalmente atendidas (Brasil, 2005).

De acordo com o coordenador nacional de saúde bucal, sanitarista Gilberto Pucca Júnior, a assistência odontológica no SUS brasileiro estava sendo desenvolvida priorizando a faixa etária infantil, incluindo

procedimentos simples, como extrações dentárias, restaurações, pequenas cirurgias e aplicação tópica de flúor, sendo que somente 3,3% dos procedimentos realizados eram considerados em nível de especialidade. Na faixa etária adulta, a situação geral era lastimável, menos de 22% da população adulta possuía boas condições gengivais, diminuindo para 10% em idosos. Além disso, 30 milhões de brasileiros estavam edêntulos e 28 milhões nunca tinham ido ao dentista (Pucca Jr., 2006; Guerra, 2009).

Em 2003, a PNAD revelou um dado muito importante que justificou a necessidade de implantação de políticas de saúde bucal no Brasil, mostrando que 27,9 milhões de brasileiros (16%) nunca haviam consultado um cirurgião-dentista (Brasil, 2010a). Cabe destacar que os dados da PNAD de 1998 apontavam que 29 milhões de brasileiros (20%) nunca tiveram atendimento odontológico (Barros; Bertoldi, 2002). Observa-se um aumento da utilização dos serviços de saúde bucal após a implantação da PNSB e a inserção do cirurgião-dentista na ESF, porém ainda pouco substancial. Persistiam as desigualdades de acesso à saúde, evidenciando a necessidade de avaliação do financiamento, das políticas adotadas, da quantidade de profissionais e local de atuação deles.

O Levantamento Epidemiológico realizado pelo Ministério da Saúde em nível nacional, o SB Brasil, finalizado em 2003, expôs a importância dos agravos em saúde bucal e deu ênfase à necessidade de que os serviços de saúde estivessem organizados para intervir e controlá-los. Assim, seria importante a responsabilização da equipe de saúde do nível local pela interferência positiva no quadro sanitário da saúde bucal brasileira (Brasil, 2004a).

Assim, além do fato de parte da população não ter acesso aos serviços de saúde bucal, também enfrentava a problemática da deficiente saúde bucal da população brasileira, demonstrada em estudos epidemiológicos realizados em 1986, 1996 e 2003 (Roncalli; Côrtes; Peres, 2012).

Nesse sentido, até então, o modelo caracterizava-se como estritamente assistencial, sem uma política de saúde bucal inclusiva. Além disso, sendo um reflexo do modelo formador, ele resultava nos dados apresentados pelas PNADs (Brasil, 2005) e pelo SB Brasil 2003, os quais evidenciavam a exclusão e a mutilação produzidas pela prática odontológica.

Portanto, por mais que alguns obstáculos tenham sido vencidos nas duas primeiras CNSB, o território brasileiro ainda permanecia com resultados muito insatisfatórios, conforme o Levantamento das Condições

de Saúde Bucal da População Brasileira – SB Brasil, realizado pelo Ministério da Saúde em 2003. Os programas da época se constituíam de acesso complexo, grande parte direcionados para a faixa etária infantil e gestantes, e as terapêuticas de baixa complexidade e limitadas a ações curativas e mutiladoras. Logo, a saúde bucal não tinha como base os princípios do SUS nem adquiria uma política específica estruturada (Tavares *et al.,* 2020).

Com base nessas constatações, o governo federal, em 2004, trouxe visibilidade a uma nova PNSB, o Programa "Brasil Sorridente" (PBS). Os fundamentos do plano foram discutidos em reunião realizada em São Paulo em 2002, que resultou em um documento intitulado "Fome zero e boca cheia de dentes", que conciliava as principais decisões da reunião, um diagnóstico da situação de saúde bucal no país, assim como as ações de saúde bucal que deveriam ser realizadas no âmbito do governo que se iniciava (Narvai, 2011).

A partir do intuito de superação de desigualdades e do difícil acesso à saúde bucal, a III Conferência Nacional de Saúde Bucal, em 2004, trouxe legitimação à Política Nacional de Saúde Bucal, o "Brasil Sorridente". A documentação obteve 298 propostas aprovadas por 883 delegados, produto de 27 conferências estaduais e 2.542 municipais (Brasil, 2004b). A temática protagonista "Acesso e qualidade superando a exclusão social" foi debatida na vertente de quatro grandes eixos: 1) Educação e Construção da Cidadania; 2) Controle Social, Gestão Participativa e Saúde Bucal; 3) Formação e Trabalho em Saúde Bucal; e 4) Financiamento e Organização da Atenção em Saúde Bucal para melhor organização e criação da política (Tavares *et al.*, 2020).

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL - PROGRAMA BRASIL SORRIDENTE

Em 2004, ano em que o Programa "Brasil Sorridente" (PBS) foi criado, houve crescimento da oferta de serviços de saúde bucal em municípios e estados, estabelecendo uma linha de financiamento dedicada à criação de novos serviços de saúde bucal – com a Equipe de Saúde Bucal (ESB) formada com cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e/ou auxiliar de

higiene bucal. Também foi decidido sobre a construção e implantação de centros de Atenção Secundária e Terciária, que tornaram o "'Brasil Sorridente" uma das maiores políticas públicas de saúde bucal do mundo (Pucca Jr. *et al.*, 2015).

O PBS é constituído por "[...] medidas que têm como objetivo garantir as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal dos brasileiros, entendendo que esta é fundamental para a saúde e qualidade de vida da população". Esse Programa tem como objetivo principal reorganizar a prática, assim como qualificar as ações e serviços ofertados, por meio de um compilado de ações em saúde bucal com direcionamento aos cidadãos de todas as faixas etárias, com aumento do acesso ao tratamento odontológico aos brasileiros, por meio do SUS (Brasil, 2013).

Em 2004, o PBS, em formato de Diretrizes da PNSB, além da expansão e implantação de novos serviços de saúde bucal, também teve o modelo assistencial reorientado com a implantação de uma rede de atenção definida em três níveis de atenção, além de ações multidisciplinares e intersetoriais. A Rede de Atenção à Saúde Bucal (RAS) tem como objetivo primordial prestar assistência integral, de qualidade e que atenda às reais necessidades das pessoas (Brasil, 2018).

Embora a fluoretação da água de abastecimento tenha sido reconhecida como uma medida eficaz, econômica e abrangente para a prevenção de lesões cariosas em áreas com alta prevalência de cárie dentária, ainda há municípios no Brasil que não a adotam. A fluoretação da água, preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desde a década de 1950, tornou-se obrigatória no Brasil com a promulgação da Lei Federal nº 6.050, de 1974 (Brasil, 1974), que determinou a instalação de sistemas de fluoretação em estações de tratamento de água.

Por outro lado, o programa "Brasil Sorridente" contribuiu na Atenção Especializada Ambulatorial com a criação dos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD). Os Centros de Especialidades Odontológicas são estabelecimentos de saúde participantes do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, classificados como Clínica Especializada ou Ambulatório de Especialidade, e estão preparados para oferecer à população, no mínimo, os seguintes serviços:

- Diagnóstico bucal, com ênfase no diagnóstico e detecção do câncer de boca;
- Periodontia especializada;
- Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros;
- Endodontia.

Existem três tipos de CEO e cada um deles recebe um valor de incentivo para implantação e custeio, repassado pelo Ministério da Saúde:

- CEO Tipo I (com 3 cadeiras odontológicas);
- CEO Tipo II (de 4 a 6 cadeiras odontológicas);
- CEO Tipo III (acima de 7 cadeiras odontológicas).

Já na Atenção Especializada hospitalar, o Ministério da Saúde possibilitou, em 2005, a emissão, pelo cirurgião-dentista, da Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica, buscando garantir o acesso das pessoas com diagnóstico de câncer aos estabelecimentos públicos de saúde para tratar e cuidar da patologia, assegurando a qualidade da atenção (Brasil, 2005).

Portanto, as diretrizes da PNSB se conceberam, então, com o intuito de promover a viabilização da oferta de fluoretação das águas de abastecimento público e reorganizar e fortalecer a Atenção Básica através da ESF e da atenção odontológica especializada por meio da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e dos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias (LRPD) (Guerra, 2009; Narvai, 2011). Além disso, se direcionaram, fundamentalmente, para o crescimento da oferta de serviços, garantindo também o atendimento nos níveis de atenção secundária e terciária, de maneira a buscar a integralidade da atenção (Kornis; Maia; Fortuna, 2011).

A efetividade dos indicadores disponibilizados para avaliar as políticas, as ações e o desempenho do sistema têm sido bastante questionados, sendo necessários mais estudos sobre eles, incluindo a abordagem dos dados requeridos para seu cálculo e sua fonte (França *et al.,* 2020).

Durante os governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2004), houve avanços significativos na área de saúde bucal. No governo FHC, foram implementadas algumas

ações voltadas para a ampliação da atenção odontológica no SUS. Já no governo Lula, foi lançado o Programa Brasil Sorridente em 2004, fortalecendo a política de saúde bucal por meio de investimentos em infraestrutura, capacitação de profissionais e ampliação da cobertura dos serviços odontológicos (Assis; Paim; Soares, 2016).

Portanto, a partir da primeira década dos anos 2000, com a saúde bucal assumindo importância crescente no campo da saúde pública, o processo de descentralização do SUS facilitou o planejamento de ações com base nas realidades locais, demandando que os responsáveis compreendessem a saúde do sistema antes de tomar decisões de desempenho (Lessa; Vettore, 2010).

Após a institucionalização da política brasileira de saúde bucal "Brasil Sorridente" e o estabelecimento de leis, portarias e normas específicas, houve necessidade de substituição dos equipamentos obsoletos e de ampliação da estrutura física da rede de saúde bucal em construção para acomodar esse novo serviço, aumentando sua capacidade instalada. Outro aspecto importante da formação de recursos humanos em saúde é que a política implicou em mudanças estruturais nos processos de trabalho, por meio de uma abordagem multidisciplinar, com ênfase na prevenção e no atendimento ao público, o que foge da lógica do tratamento individualizado e da prática clínica odontológica existente na atualidade (Moysés, 2001; Garbin; Saliba; Santos, 2003).

Sobre as recomendações para o uso de fluoretos no Brasil, algumas instituições brasileiras desenvolveram e orientaram os profissionais sobre o uso correto do flúor no cuidado diário com a saúde. Nesse sentido, o guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil teve sua primeira edição lançada em 2009, com o objetivo de nortear profissionais de saúde a respeito dos aspectos mais importantes e com comprovação científica do uso de flúor, dando ênfase em seu uso na saúde pública/comunitária (Brasil, 2009).

A publicação considera que, no contexto brasileiro, a base do sistema de prevenção de cáries, segundo a lógica da associação de métodos, assenta-se na associação da água com dentifrícios fluoretados, buscando-se a universalização de acesso a esses meios de obtenção de flúor. Sinaliza também que, na ausência de água fluoretada, utilize-se regularmente o dentifrício fluoretado em associação com outra forma de uso tópico (bochecho, gel ou verniz) (Brasil, 2009).

Ainda de acordo com o guia, o declínio nos índices de cárie devido aos dentifrícios fluoretados foi observado em cidades com e sem água fluoretada. Seu uso é indicado para toda a população, inclusive bebês, observando-se a quantidade de dentifrício utilizada, especialmente em menores de 9 anos de idade. Nesse grupo, deve-se fazer uso de pequena quantidade (cerca de 0,3 gramas), devido ao risco de fluorose dentaria. A concentração de flúor deve ser em torno de 1.100 a 1.500 partes por milhão (ppm), que tem comprovadamente efeito sobre a prevalência e gravidade da cárie dentaria (Brasil, 2009). A promoção do acesso universal aos serviços de saúde, de acordo com os princípios estabelecidos no SUS, inclui a distribuição de dentifrícios para a população menos favorecida, nas USF (Ramos *et al.*, 2022).

A respeito do surgimento de atendimentos odontológicos móveis, ou seja, fora do ambiente dos consultórios odontológicos, a Portaria nº 2.371/GM/MS, de 07 de outubro de 2009, estabeleceu o componente móvel da atenção bucal como parte da Política Nacional de Atenção Básica. Os Consultórios Móveis Dentários (UOM) são consultórios dentários estruturados em veículos adequadamente adaptados para o desenvolvimento de medidas de saúde oral, que são realizadas pelas equipes de saúde bucal adstritas às equipes da Estratégia de Saúde da Família (Brasil, 2009).

Além disso, em 2008, também ocorreu, como marco na saúde bucal brasileira, a publicação da primeira edição do Manual de Especialidades em Saúde Bucal, com o objetivo de contribuir no estabelecimento de critérios de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica/Saúde da Família (AB/SF) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Além disso, também objetivava a instrumentalização da prática clínica e de gestão no que se refere às principais especialidades odontológicas. Dessa maneira, buscava-se colaborar para a melhoria da qualidade dos serviços prestados e no aperfeiçoamento da dinâmica da rede de serviços do SUS (Brasil, 2008).

O Caderno de Atenção Básica nº 17, também publicado em 2008, estabeleceu diretrizes para a organização do cuidado em saúde bucal na Atenção Básica, reforçando-a como eixo estratégico para a efetividade do SUS e garantindo o acesso dos usuários a serviços de média e alta complexidade (Brasil, 2008).

Para aumentar a efetividade do SUS, é preciso potencializar a Atenção Básica, entendida como o envolvimento privilegiado dos usuários com o sistema de saúde. No entanto, os usuários devem poder acessar serviços de média a alta complexidade, garantindo total suporte (Brasil, 2008).

Ainda de acordo com o Caderno de Atenção Básica nº 17, o Ministério da Saúde fundamentou-se em diretrizes específicas para a formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Bucal, efetivada por meio do programa Brasil Sorridente. A Atenção Básica foi consolidada como um dos principais pilares dessa política, pois a organização das ações nesse nível de atenção representou a primeira etapa de implementação do Brasil Sorridente, considerando seu potencial para promover mudanças no modelo assistencial da saúde bucal (Brasil, 2008).

Em 2010, visando compor uma ação de vigilância em saúde bucal integrante do Brasil Sorridente, o Ministério da Saúde realizou o SB Brasil 2010, levantamento epidemiológico nacional de acordo com a padronização da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o intuito de aferição dos primeiros impactos da Política Nacional de Saúde Bucal após sete anos de implantação, notando-se alterações positivas no perfil epidemiológico (Brasil, 2010b).

No que se refere aos principais resultados desse levantamento, notou-se que o Brasil passou a fazer parte do grupo de países com baixa prevalência de cárie aos 12 anos, segundo critérios da OMS, ao reduzir o índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPO-D) de 2,8 em 2003 para 2,1 em 2010. Ademais, o número de adolescentes e adultos que sofreram algum tipo de perda dentária foi reduzido em 50% (Brasil, 2010b).

No que se refere à Ortodontia e Implantodontia no SUS, o Ministério da Saúde, a partir de 2010, iniciou financiamento, em detrimento da Portaria Ministerial Nº 718/SAS, de 20 de dezembro de 2010, por meio da oferta dos seguintes procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osseointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). Os tratamentos passaram a ser realizados nos Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) – "Brasil Sorridente". Para a especialidade da Ortodontia e Ortopedia, houve o início da oferta dos seguintes procedimentos: instalação de aparelho ortodôntico/ortopédico fixo e aparelho ortodôntico fixo, aparelho ortopédico fixo (Brasil,

2010c). Entretanto, essa proposta ainda é incipiente e poucos usuários do sistema de saúde possuem acesso.

Uma outra conquista foi a inclusão dos Centros de Especialidades Odontológicas na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Essa rede teve sua criação com base na Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, objetivando primordialmente a "criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua, no contexto do SUS", visando promover o atendimento integral e de qualidade às pessoas com necessidades especiais (Brasil, 2012). A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), apesar da grande importância, ainda está em formação e apresenta limitações. É necessário expandir o alcance, vencer as barreiras físicas e atitudinais, a fim de garantir acessibilidade universal (Condessa *et al*., 2020).

Tratando-se da saúde bucal, a RCPD tem se proposto a oferecer a garantia da assistência odontológica qualificada aos portadores de deficiência em totalidade. Todo atendimento a esse público deve ter início na Atenção Básica, sendo referenciado para o nível secundário (CEO) ou terciário (atendimento hospitalar) somente os casos que apresentarem necessidades especiais para o atendimento (Brasil, 2012).

Dessa forma, a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017 (Brasil, 2017), implantou incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Os incentivos são da seguinte ordem:

- R$ 1.650,00 mensais para o CEO Tipo I;
- R$ 2.200,00 mensais para o CEO Tipo II;
- R$3.850,00 mensais para o CEO Tipo III.

Nessa mesma perspectiva, a evolução e os avanços da Política Nacional de Saúde Bucal tornaram necessário o surgimento do livro *A Saúde Bucal no SUS*, com a união do Caderno de Atenção Básica nº 17 de Saúde Bucal (2006) e o Manual de Especialidades em Saúde Bucal (2008) e, consecutivamente, suas atualizações. Para isso, esse material teve sua produção a partir de servidores do serviço público de saúde e pesquisadores de faculdades e universidades, com inúmeras vivências de prática profissional clínica e

de gestão, tendo empenho na contribuição para a educação continuada de profissionais de saúde, gestores e professores (Brasil, 2018).

Tratando-se da capacitação e da educação permanente no SUS, sabe-se que o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) surgiu, em 2010, a partir das demandas de capacitação e educação permanente dos servidores que atuam no SUS. Coordenado pelo Ministério da Saúde, por meio da atuação conjunta da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), o Sistema UNA-SUS apresenta uma rede colaborativa formada atualmente por 35 instituições de ensino superior que oferecem cursos de forma gratuita (UNA-SUS, s. d.).

Por meio da Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente, com o decorrer do tempo, a saúde bucal passou de um status não declarado para central dentro do governo federal (Guerra, 2009). Entretanto, no campo da saúde bucal coletiva, em nível individual, tem sido percebido que fatores de risco social, como menor escolaridade materna e menor renda familiar, são fatores comuns na cárie dentária e em outras doenças e distúrbios infantis (Peres; Bastos; Latorre, 2000).

Essa relação também foi demonstrada em estudos ecológicos, indicando que as experiências de problemas de saúde bucal são sensíveis às disparidades sociais, demográficas e geográficas, indicando desigualdades em saúde bucal (Antunes; Narvai; Nugent, 2004; Baldani; Vasconcelos; Antunes, 2004). Além disso, essas disparidades de saúde se refletem até mesmo no acesso e uso dos serviços de saúde, como observado em estudos internacionais (Hjern *et al.*, 2001) e nacionais (Nguyen; Hakkinen; Rosenqvist, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O compromisso político com a prática da saúde coletiva e a formação permanente dos profissionais da área odontológica tem permitido que o movimento se fortaleça e se torne mais efetivo. Quando falamos de saúde bucal, falamos de inclusão social. Depois que a Política Nacional de Saúde Bucal foi estabelecida, ela pode ser otimizada. Sua ausência tornará o

governo indiferente às necessidades do povo. Por isso, essa conquista democrática não deve ser comprometida pela falta de apoio financeiro e problemas de gestão e governança que afetam não só a saúde, mas todas as áreas do desenvolvimento do país.

Enfatiza-se a necessidade de acrescer a cobertura dessas equipes, com o intuito de conceber uma rede de atenção com maior visibilidade e que inclua todos os níveis de atenção, aumentando a quantidade de centros odontológicos especializados, principalmente em cidades pequenas, e desenvolvendo o abastecimento de água fluoretada. Também é importante ressaltar a necessidade de desenhar regionalmente a Política Nacional de Saúde Bucal e integrá-la a outras políticas públicas para facilitar o desenvolvimento de ações intersetoriais, superar as desigualdades sociais e melhorar o acesso a procedimentos e serviços.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. **A saúde e o dilema da intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

ANTUNES, J. L.; NARVAI, P. C.; NUGENT, Z. J. Measuring inequalities in the distribution of dental caries. **Community Dental Oral Epidemiol.**, v. 32, p. 41-48, 2004.

ASSIS, L. N.; PAIM, J. S.; SOARES, C. L. Políticas de saúde bucal no período pós-constituinte: governos FHC e Lula. In: CHAVES, S. C. L. **Política de saúde bucal no Brasil**: teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016, pp. 117-136.

BALDANI, M. H.; VASCONCELOS, A. G.; ANTUNES, J. Associação do Índice CPO-D com indicadores socioeconômicos e de provisão de serviços odontológicos no Estado do Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p. 143-152, 2004.

BARROS, A. J. D.; BERTOLDI, A. D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 7, n. 4, p. 709-717, 2002.

BRASIL. Lei no 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. **Diário oficial da União**, Brasília, 1974.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 1a Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.444, de 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada nos municípios por meio do programa de saúde da família. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2000.

BRASIL. Portaria GM/ MS nº 267, de 06 de março de 2001. Define as Diretrizes e Normas da inclusão das ações de saúde bucal no PSF. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da 3a Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3.ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**: acesso e qualidade superando exclusão social, Brasília, DF, de 29 de julho a 1.º de agosto de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Cadernos da Atenção Básica nº 17**. Brasília> Ministério de Saúde, 2008. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe sobre os resultados das etapas do processo de Pactuação de Prioridades, Objetivos, Metas e Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, biênio 2010 – 2011 e revisão dos Termos de Compromisso de Gestão – TCG.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**. Condições de saúde bucal da população brasileira: resultados principais. Brasília: Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Ministerial Nº 718 de 2010. Financia novos procedimentos da tabela do SUS: aparelho ortodôntico/ortopédico e implante dentário osteointegrado (incluindo a prótese sobre o implante). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 1.341, de 13 de junho de 2012. Define os valores dos incentivos de implantação e de custeio mensal dos Centros de Especialidades Odontológicas - CEO e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Passo a passo das ações do Brasil Sorridente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Implanta incentivos adicionais para os CEO que fizerem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

CARNUT, L.; MENDES, A.; MARQUES, M. C. C. Outra narrativa no ensino da Reforma Sanitária Brasileira: o debate crítico de uma escolha política. **Saúde em debate**, v. 43, 2019.

CERVEIRA, J. A. **Influência da qualidade de vida na ocorrência da doença cárie em pré-escolares.** Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CHAVES, S.C.L. **Política de saúde bucal no Brasil:** teoria e prática. Salvador: EDUFBA, 2016. 376 p.

CONDESSA, M. A. *et al.* Atenção Odontológica Especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 5, 2020.

CORDÓN, J.; GARRAFA, V. Prevenção versus preventivismo. **Divulg. saúde debate**, v. 1, n. 6, p. 10-6, 1991.

ELY, H. C.; CARVALHO, D. Q.; SANTOS, M. **Políticas de Saúde Bucal.** Texto preliminar, de circulação interna, escrito para subsidiar a elaboração dos Cadernos de Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, volume nº 17, Saúde Bucal. [Mimeo]. Brasília/Porto Alegre, abr. 2006. Atualizado em 2009.

ESCOREL, S. *et al.* O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FERNANDES, G. F.; NARVAI, P. C. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e as políticas públicas de saúde**. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. 124 p.

FLEURY, S. Reforma Sanitária Brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Cienc. Saúde Colet.,** v. 13, n. 3, 2009.

FRANÇA, M. A. *et al*. Indicadores de saúde bucal propostos pelo Ministério da Saúde para monitoramento e avaliação das ações no Sistema Único de Saúde: pesquisa documental, 2000-2017. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n.1, 2020.

GARBIN, C. A.; SALIBA, N. A.; SANTOS, K. T. O papel das universidades na formação de profissionais na área de saúde. **Rev. ABENO**, v. 3, n. 1, 2003.

GUERRA, K. C. **Os centros de especialidades odontológicas nos municípios do estado do Rio de Janeiro**: uma investigação dos fatores identificáveis como facilitadores ou não na implantação de uma política de indução. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

HJERN, A. *et al*. Social inequality in oral health and use of dental care in Sweden. **Comm. Dent. Oral Epidemiology**, v. 29, n. 3, p. 167-174, 2001.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Acesso e utilização de serviços de saúde. **PNAD 1998**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. 96 p.

KORNIS, G. E.; MAIA, L. S.; FORTUNA, R. F. Evolução do financiamento da atenção à saúde bucal no SUS: uma análise do processo de reorganização assistencial frente aos incentivos federais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 197-215, 2011.

LESSA, C. F.; VETTORE, M. V. Gestão da atenção básica em saúde bucal no Município de Fortaleza, Ceará, entre 1999 e 2006. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 3, 2010.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M.; GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 735-743, jun. 2003.

MARTINS, A. M. *et al*. Levantamentos epidemiológicos brasileiros da condição de saúde bucal. **Unimontes Científica,** v. 7, n. 1, 2005.

MEDEIROS JUNIOR, A. Modelos assistenciais em saúde bucal. In: Ferreira, M. A. F, Roncalli, A. G., Lima, K. C. (orgs.). **Saúde Bucal Coletiva:** conhecer para atuar. Natal: EDUFRN, 2004.

MENDES, E. V. A reforma sanitária e a educação odontológica. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 4, p. 533-552, 1986.

MOYSÉS, S. J. Políticas de saúde e formação de recursos humanos em Odontologia. **Revista da ABENO**, v. 29, n. 2, 2001.

NARVAI, P. C. Avanços e Desafios da Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil. **Tempus**, v. 5, n. 3, p. 21-34, 2011.

NGUYEN, L.; HÄKKINEN, U.; ROSENQVIST, G. Determinantes of dental servisse utilization amog adults - the case of Finland. **Health Care Manag Sci**, v. 8, n. 4, 2005.

OLIVEIRA, E. T. *et al.* Políticas públicas de saúde bucal no Brasil ao longo dos anos e as mudanças nos indicadores de saúde. **Scientia Generalis**, v. 2, n. 2, p. 231-244, 2021.

PEREIRA, C. G.; GROISMAN, S. Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil. **Rev. Bras. Odontologia**, v. 71, n. 2, 2014.

PERES, K. G.; BASTOS, J. R.; LATORRE, M. R. Severidade de cárie em crianças e relação com aspectos sociais e comportamentais. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 402-408, 2000.

PUCCA JR., G. A. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Cienc. Saúde Colet.**, v.11, n.1, p.243-246, 2006.

PUCCA JR., G. A. *et al.* Ten Years of national oral health policy in Brazil: innovation, boldness, and numerous challenges. **Journal of Dental Research**, v. 94, n. 10, 2015.

RAMIRES, I., BULASAF, M. A. R. A fluoretação das águas de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária – 50 anos no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 12, n. 4, 2007.

RAMOS, M. C. C. *et al*. Dentifrício fluoretado, vigilância sanitária e o SUS: o caso de Manaus – AM. **Rev. Saúde Pública**, v. 56, n. 9, 2022.

REIS, T. C. *et al*. O impacto da estratégia de saúde da família nos indicadores de saúde bucal. **Rev. Odontol. Brasil Central**, v. 30, n. 39, 300-322, 2021.

RONCALLI, A. G. **A organização da demanda em serviços públicos de saúde bucal.** Universalidade, equidade e integralidade em saúde bucal coletiva. 2000. 235 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista, Araçatuba (SP), 2000.

RONCALLI, A. G.; CÔRTES, M. I. S.; PERES, K. G. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, 2012.

ROSÁRIO, C. A.; BAPTISTA, T. W. F.; MATTA, G. C. Sentidos da Universalidade na VIII Conferência Nacional de Saúde: entre o conceito ampliado de saúde e a ampliação do acesso a serviços de saúde. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 124, p. 17-31, 2020.

SILVESTRE, J. A. C, AGUIAR, A. S. W, TEIXEIRA, E. H. Do Brasil sem dentes ao Brasil Sorridente: Um Resgate Histórico das Políticas de Saúde Bucal no Brasil. **Cadernos ESP,** v. 7, n. 2, p. 28-39, 2013.

TAVARES, S. S. *et al*. O Brasil Sorridente aos olhos da 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e da 16º Conferência Nacional de Saúde. **Tempus, Actas de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 127-142, 2020.

TELAROLLI, R. Imigração e epidemias no estado de São Paulo. **Hist. Cienc. Saúde**, v. 3, n. 2, 1996.

TRAVASSOS, C. M. R; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

VASCONCELOS, C. M. Política e gestão no SUS: uma interação conflitiva. In*:* CASTRO, J. L., FORMIGA, J. M. M, VILAR, R. L. A (org.). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudo.** Natal: Observatório RH NESc/UFRN, 2006.

VIANNA, M. A.; PAIM, J. Estado e atenção à saúde bucal no período pré constituinte. *In:* Sonia Cristina Lima Chaves (org.). **Política de saúde bucal no Brasil**: teoria e prática. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 2016.

UNA-SUS. Conheça a UNA-SUS. **UNA-SUS** [portal online], s.d. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus. Acesso em: 02 jun. 2023.

3

APONTANDO PISTAS SOBRE A TRILHA: REFLEXÕES COLETIVAS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

17

DEISE BERGER VELTEN
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO

A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS BRASILEIROS: RECONSTRUÇÃO HISTÓRICA E PERSPECTIVAS ATUAIS

INTRODUÇÃO

"Nós temos que ter coragem de ser radicalmente vivos, e não ficar barganhando a sobrevivência".
(Ailton Krenak, 2020)

A Constituição da República Federativa do Brasil, aprovada e consolidada em 1988, reconhece o Brasil como um estado pluriétnico, sendo que os povos indígenas se destacam pela sua grande diversidade sociocultural. Esse documento assegura direitos constitucionais aos povos indígenas, garantindo-lhes o respeito a sua forma de organização social, línguas, tradições, crenças e costumes (Brasil, 1988). Apesar do contingente populacional indígena presente em território brasileiro ser pequeno em relação ao total da população em geral, mais da metade da totalidade de todos os povos indígenas existentes na América Latina estão abrigados no Brasil e possuem inúmeras particularidades que estão ligadas a fatores culturais, ambientais, políticos, biológicos e econômicos (Brandão; Moraes; Romão, 2021).

Dados do Censo 2022 sobre os povos indígenas, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) com o apoio da Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), após mudanças metodológicas feitas para melhorar a captação dessa população, evidenciam que os indígenas do país chegaram a 1.693.535, o que representa 0,83% do total de habitantes. Dessa população, pouco mais da metade (51,2%) está concentrada na Amazônia Legal. Com relação às regiões brasileiras, grande parte dos indígenas (44,48%) está concentrada no Norte, seguida pelo

Nordeste, concentrando 31,22% do total do país. Juntas, essas duas regiões respondem por 75,71% desse total. As demais têm a seguinte distribuição: Centro-Oeste, 11,80%; Sudeste, 7,28%; e Sul, 5,20% (Brasil, 2023).

Quanto os estados da federação, Amazonas e Bahia concentram 42,51% da população indígenas do país, sendo os estados com maior quantitativo dessa população, com 490,9 mil e 229,1 mil respectivamente. Em seguida, vêm Mato Grosso do Sul (116,3 mil), Pernambuco (106,6 mil) e Roraima (97,3 mil). Destaca-se que a maioria da população indígena do país (61,43%) vive nesses cinco estados. Por outro lado, Sergipe (4,7 mil), Distrito Federal (5,8 mil) e Piauí (7,2 mil) são os estados com o menor número de residentes indígenas. Nesse cenário, ressalta-se que, apesar de ser apenas o quinto estado com maior número de residentes indígenas, Roraima é o que tem maior proporção dessa população entre o seu total de habitantes: 15,29%. O estado é seguido por Amazonas (12,45%), Mato Grosso do Sul (4,22%), Acre (3,82%) e Bahia (1,62%) (Brasil, 2023).

No que diz respeito aos dados referentes dos municípios brasileiros, dos 5.568 municípios brasileiros, acrescidos do Distrito Federal e de Fernando de Noronha, 4.832 tinham, em 2022, pelo menos um residente indígena, o que representa 86,7% do total. Dentre eles, 79 municípios tinham mais de 5 mil habitantes declarados indígenas, um aumento na comparação com 2010, quando eram 42 municípios com, no mínimo, esse quantitativo. Outros 199 municípios tinham entre mais de mil e 5 mil residentes indígenas. Salienta-se que os três municípios brasileiros com o maior número de indígenas são do Amazonas: a capital, Manaus, com o total de 71,7 mil pessoas, São Gabriel da Cachoeira, com 48,3 mil, e Tabatinga, com 34,5 mil. O segundo município também aparece entre aqueles que tinham o maior percentual de indígenas no total da população, com 93,17%. Nesse indicador, São Gabriel da Cachoeira fica atrás apenas de Uiramutã (96,60%), em Roraima, e Santa Isabel do Rio Negro (96,17%), também no Amazonas (Brasil, 2023).

Além das estatísticas demográficas, os povos indígenas, com todas as suas características e particularidades culturais, contribuíram e contribuem significativamente para a construção iconográfica do povo brasileiro (Brandão; Moraes; Romão, 2021). Entretanto, mesmo com a garantia constitucional de direitos aos povos indígenas, essa importância não tem sido suficiente para assegurar políticas que propõem o acesso diferenciado

à saúde das populações indígenas, com base no respeito a sua diversidade sociocultural e nas suas particularidades epidemiológicas e logísticas, garantindo a integralidade da assistência. Esse contexto revela grandes desafios a serem superados quando se trata de assistência à saúde indígena, tais como culturais, linguísticos e geográficos, bem como da garantia de direitos. Destaca-se que os povos indígenas brasileiros recebem assistência à saúde por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI).

> No Brasil, o direito à saúde pleiteado pelos povos indígenas dialoga com diferentes marcos regulatórios, incluindo a Declaração de Alma-Ata, a qual propõe e valoriza a atenção primária à saúde (APS) como promotora de maior acesso e forma de minimizar as desigualdades em saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o subsistema de atenção à saúde indígena (SASI) e a Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) foram criados como estratégia para garantir o acesso à saúde aos povos indígenas (Mendes *et al.*, 2018, p. 1).

Nesse contexto da assistência à saúde, ressalta-se a importância das ações em saúde bucal, que devem priorizar os agravos de maior gravidade e/ou mais prevalentes, buscando o enfrentamento das iniquidades e gerando acesso para populações em situação de vulnerabilidade. Importante destacar que são escassos os registros sobre a atenção à saúde bucal indígena. De modo geral, o Brasil vem avançando com o SUS, ao estabelecer a ampliação da cobertura da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), resultando em redução importante das doenças bucais. Entretanto, de modo geral, apesar de tais resultados serem considerados satisfatórios, existem diferenças regionais nessa prevalência e gravidade, o que indica a necessidade de aprofundar a análise das políticas públicas de saúde bucal voltadas para a equidade na atenção (Brasil, 2018b).

Faz-se necessário ainda destacar a complexidade envolvida no tema da saúde indígena e as inúmeras dificuldades existentes para sua garantia, como o acesso às comunidades, a diversidade e as especificidades de cada grupo étnico, a falta de profissionais qualificados, a estrutura organizacional e a gestão participativa, dentre outras (Rodrigues *et al.* 2018).

Além desse cenário, a razão que nos leva a discorrer sobre a evolução das políticas públicas de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros se deve a uma necessidade de proceder uma releitura desse processo e recolocá-lo à luz dos mais recentes fatos advindos do processo de graves ameaças de perda de direitos já assegurados pela Constituição dessa população, em especial no que diz respeito ao acesso à saúde, educação e demarcação da terra, notadamente no que diz respeito às disputas de interesse que vem sendo desencadeadas no Brasil (Bastian *et al.*, 2023). Focando no âmbito da saúde, neste capítulo, parte-se do pressuposto de que as políticas públicas de saúde bucal contribuem para o enfrentamento das iniquidades em saúde e a garantia dos direitos dos povos indígenas.

Com base nesta introdução, o objetivo deste capítulo é realizar uma reflexão crítica sobre a evolução e os desafios da atenção à saúde bucal dos povos indígenas brasileiros. Para tanto, a aproximação ao objeto foi feita a partir de uma análise reflexiva da produção teórica existente no campo, sem a pretensão de tornar o presente estudo como acabado. A investigação permite compreender a estrutura histórica temática do assunto, baseando-se nas pesquisas históricas, que trata do "acúmulo do trabalho" já produzido pelos historiadores e pesquisadores, debruçando-se sobre os fenômenos do passado até os dias atuais.

A fim de explanar acerca de tais aspectos, foram selecionados textos, sem delimitação de período de publicação, que fundamentam a área de estudo relativa às políticas públicas de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros. Assim, a escolha dos textos foi baseada em uma reconstrução lógica e crítica dos argumentos que embasam o tema proposto. Metodologicamente, este capítulo resulta de uma pesquisa interessada em refletir criticamente sobre a evolução e os desafios da atenção à saúde bucal dos povos indígenas desenvolvida o Brasil. Justifica-se a presente discussão sobre o tema dada a escassez de estudos atuais que abordem essa temática.

Salienta-se que a discussão aqui apresentada não tem a pretensão de dar conta do imenso e complexo conjunto de ações voltadas para a saúde bucal indígena, nem para as complexas necessidades de saúde das populações indígenas. Trata-se de reflexões elaboradas a partir de uma investigação em saúde bucal, mais especificamente no âmbito da atenção à saúde bucal.

Para a compreensão do processo evolutivo da atenção à saúde bucal dos povos indígenas brasileiros, além desta introdução, dividimos este capítulo em duas partes. A primeira apresenta elementos históricos da saúde indígena no Brasil e a segunda parte versa sobre a atenção à saúde bucal dos povos indígenas. Conclui-se com reflexões sobre a questão da importância de se considerar as peculiaridades sociais, culturais e econômicas dos diversos grupos indígenas do país que contribuem diretamente para a situação de vulnerabilidade nas suas condições de saúde bucal.

CONTEXTUALIZANDO A HISTÓRIA DA SAÚDE INDÍGENA NO BRASIL

A história da saúde indígena no Brasil tem sido objeto de importantes debates com os temas das epidemias, das iniciativas de assistência sanitária, das especificidades socioculturais, das carências nutricionais, da demografia e da criação da política de saúde indígena brasileira, destacando-se as inúmeras tensões no âmbito da saúde desde os primeiros contatos com os não indígenas, ainda no século XVI, passando por várias epidemias e/ou crises sanitárias que impactaram de diferentes formas os grupos indígenas atingidos, seja social, econômica ou demograficamente. Nesse processo, destacam-se as especificidades de cada região e de cada povo na compreensão e no enfrentamento de questões de saúde pública entre os povos indígenas e suas relações com as principais iniciativas do Estado brasileiro e da sociedade civil na elaboração de políticas públicas de proteção à saúde indígena no país (Brito, 2020).

A análise do processo histórico da saúde indígena exige uma breve caracterização da relação entre as instâncias de poder e os povos indígenas na formação da sociedade brasileira. De acordo com Wenczenovicz (2018), durante o processo de ocupação e colonização do território brasileiro, a maioria das comunidades indígenas brasileiras sofreu grandes transformações na sua maneira de viver, tanto que muitas etnias foram completamente dizimadas, pois, conforme Costa (1987), foram utilizadas medidas amplamente violentas durante a conquista dos territórios indígenas, visto que existia uma grande cobiça dos colonizadores pela posse de

terras. A partir desse entendimento, o obstáculo encontrado foi o índio, não existindo nenhum motivo para a sua preservação.

Apesar de terem ocorrido avanços na legislação defendendo seus direitos, na prática, os indígenas continuaram sendo encarados como um obstáculo ao desenvolvimento nacional (Costa, 1987), sendo que posições idênticas vêm sendo defendidas e praticadas ao longo de todos esses anos até os dias atuais.

A despeito de serem historicamente marginalizados e dizimados, algumas etnias indígenas conseguiram sobreviver, alterando seus costumes, tradições, bem como vivenciando grandes mudanças ambientais (Alves Filho; Santos; Vettore, 2013).

Uma análise preliminar sobre o assunto indica que foram as missões religiosas que proporcionaram os primeiros cuidados de saúde para as comunidades indígenas, considerados seres primitivos, cujas características culturais deveriam ser erradicadas, portanto deveriam ser ensinados os costumes considerados corretos para que suas almas fossem salvas. Esse processo de catequese inflexível e fanático criado pelas antigas missões religiosas provocou o extermínio de diversas tribos, que tiveram a confiança em seus valores destruída, sem a preocupação de serem introduzidos novos valores que garantissem condições de sobrevivência (Costa, 1987).

Pode-se destacar que, em 1910, foi retirada totalmente a responsabilidade da Igreja na relação com os índios, pois houve uma mudança importante na política indigenista, sendo criado o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), que permaneceu até 1967, sendo formulada uma legislação que garantia aos indígenas respeito à sua cultura e direito aos territórios (Brasil, 1910).

> O Serviço de Proteção aos Índios (SPI) foi a primeira instituição brasileira, vinculada ao governo federal, voltada para a questão indígena no Brasil. Entre 1910 e 1967, o SPI desenvolveu ações pontuais de assistência sanitária aos indígenas, a partir de estruturas simplificadas de atenção à saúde, como a manutenção de alguns postos com enfermeiros e convênios itinerantes de prestação de assistência médica ou de levantamentos sanitários entre os grupos indígenas (Brito, 2020, on-line).

Nesse contexto, destaca-se outra importante criação institucional em torno da saúde indígena.

> Nesse cenário, porém, deve-se destacar uma importante investida institucional do órgão em torno da saúde indígena, como o esboço para a criação de um "Serviço Médico Sanitário do SPI", sugerido pelo médico Herbert Serpa, em 1947, chefe da Seção de Estudos (SE) do mesmo serviço. Seu projeto estabelecia como urgente a estruturação de uma normativa sobre a assistência aos indígenas, que contemplasse as especificidades culturais e as demandas sanitárias daqueles grupos. Como estratégia para minimizar os conflitos entre a chamada "medicina ocidental/oficial" e as práticas de cura indígenas, o projeto recomendava que os médicos e enfermeiros se especializassem em "antropologia cultural" ou no "trato dos problemas etnográficos". [...] Foi também na SE que o cientista social Darcy Ribeiro – na época um jovem recém-formado pela Escola Livre de Sociologia de São Paulo – desenvolveu suas primeiras pesquisas de campo entre os indígenas brasileiros (Brito, 2020, on-line).

Ainda nesse cenário, destacavam-se as principais razões para o agravamento dos surtos epidêmicos e as demandas por assistência sanitária nas aldeias.

> As dificuldades sanitárias das populações indígenas são temas recorrentes encontrados nos arquivos dos Boletins Internos do SPI. Nesses documentos oficiais ficaram registradas as principais razões para o agravamento dos surtos epidêmicos e as demandas por assistência sanitária nas aldeias. Entre as situações relatadas nos boletins estão as longas distâncias entre as aldeias e os centros urbanos, a falta de material médico e de pessoal qualificado para o atendimento, os prejuízos do contato com a população não indígena e a não observância aos tratamentos propostos pela "medicina ocidental". Somava-se a esses fatores a forte perspectiva integracionista do SPI, que compreendia as necessidades sanitárias indígenas como algo transitório, posto que ao ser integrada à "sociedade nacional", essa população adotaria também novas práticas sanitárias, assemelhando-se aos não indígenas (Brito, 2020, on-line).

Darcy Ribeiro, citado por Brito (2020, on-line), ressaltava as imensas dificuldades sanitárias das populações indígenas, que desencadeavam,

consequentemente, a desestruturação social, as carências nutricionais, a orfandade e as dificuldades na manutenção das práticas culturais/familiares, dentre outras, o que desafiava a sobrevivência dos grupos indígenas na sociedade brasileira.

A assistência à saúde dos povos indígenas sempre foi fragmentada e esporádica, sendo, nesse período, em 1956, criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado ao Ministério da Saúde, pelo médico e indigenista Noel Nutels, com a finalidade de prestar serviços aos índios e às populações de difícil acesso, recebendo apoio da Força Aérea Brasileira (FAB), que criou o Correio Aéreo Sanitário, ligado ao Correio Aéreo Nacional, que funcionou até 1964. Esse era um modelo aéreo de assistência à saúde, que realizava o transporte de materiais e equipes volantes com médicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde, promovendo ações de controle da tuberculose, vacinação, atendimento odontológico e doenças transmissíveis, criando possibilidades de acesso à saúde às comunidades indígenas em regiões isoladas de difícil acesso (Costa, 1987).

Ainda que tenha sido reconhecida a magnitude das transformações experimentadas pelas populações indígenas no decorrer dos últimos séculos, seu quadro epidemiológico permanece pouco conhecido (Coimbra Jr.; Santos, 2000). A situação não é muito diferente no que diz respeito à saúde bucal, sendo marcada por uma escassez de dados, o que inviabiliza o delineamento de um quadro epidemiológico abrangente e robusto que leve em consideração a diversidade que certamente existe no âmbito dos povos indígenas. O senso comum é de que o contato com a sociedade não indígena, sobretudo nas formas de subsistência, provocando alterações na dieta com a introdução de alimentos industrializados e do açúcar refinado, provocaram impactos que repercutiram negativamente na saúde bucal (Arantes, 2003).

Algumas sociedades indígenas abandonaram suas práticas tradicionais de cultivo, que, no passado, contribuíam para a variedade dos alimentos consumidos, e também ficaram expostas a modificações socioeconômicas, o que as coloca em situação de alta vulnerabilidade perante os problemas de ordem alimentar, nutricional e de saúde bucal. Somado a essa situação, eles passaram a consumir alimentos industrializados, em especial o açúcar, o que influenciou na alteração do perfil de saúde

bucal identificado nos povos indígenas. Além disso, alterações na forma de preparo dos alimentos teriam facilitado o acúmulo de placa bacteriana nos dentes, elevando dessa forma o potencial cariogênico e contribuindo para a evolução da doença periodontal (Moura; Batista; Moreira, 2010).

As primeiras pesquisas sobre condições de saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras foram realizadas na década de 1950, sendo que o conhecimento científico produzido a partir de então demonstrou que os riscos de desenvolvimento da cárie dentária aumentaram à medida que foi intensificada a interação dessas populações com a sociedade não indígena. Contudo os sistemas médicos tradicionais, assim como as práticas de autocuidado das comunidades indígenas, são pouco conhecidos, devido à reduzida quantidade de pesquisas científicas, inquéritos e censos abrangentes (Brasil, 2018a; Alves Filho; Santos; Vettore, 2013).

A partir de 1967, período da Ditadura Militar, a assistência à saúde dos povos indígenas foi transferida para a Fundação Nacional do Índio (Funai), instituída por meio da Lei nº 5.371/1967, que criou as Equipes Volantes de Saúde (EVSs), baseando-se no modelo de atenção do SUSA, que representavam, então, um dos pilares das ações e dos serviços (Costa, 1987; Brasil, 1967). Destaca-se que, com a criação da Funai, ficaram extintos o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) e o Conselho Nacional de Proteção aos Índios (CNPI), cujos acervos constituíram o patrimônio da Funai.

> Com o fim do SPI e a criação da Fundação Nacional do Índio (Funai), em 1967, a questão indígena passou a ser responsabilidade desse novo órgão governamental, porém, a pauta da saúde prosseguiu como um problema a ser enfrentado. A criação das Equipes Volantes de Saúde (EVS), na década de 1970, representou um avanço no alcance da assistência sanitária aos indígenas frente ao que existia àquela altura, porém, sem a estrutura e a regularidade necessárias para atender as demandas das inúmeras e múltiplas regiões do país (Brito, 2020, on-line).

Alguns anos após, em 1973, foi publicada a Lei nº 6.001/1973, conhecida como Estatuto do Índio, que tinha como finalidade organizar e regularizar a situação jurídica das minorias indígenas brasileiras, de maneira que sua cultura fosse preservada e que eles fossem integrados de forma progressiva e harmoniosa (FUNAI, 2015)

> Pela Lei nº 6.001/1973, que estabeleceu o Estatuto do Índio, compete à União, aos estados, aos municípios e às respectivas administrações indiretas proporcionar a proteção e a preservação dos direitos dos povos e comunidades indígenas, conduzindo-os progressiva e harmoniosamente à integração com a comunidade nacional. A eles também devem ser garantidos o acesso a benefícios e serviços públicos, respeitando suas peculiaridades culturais, seus desejos de permanência voluntária, seus usos, costumes e tradições, além de registrar seus nascimentos, óbitos e suas uniões. Ademais, os entes federativos devem garantir a posse permanente dos indígenas das terras que habitam e o usufruto exclusivo das riquezas naturais e das utilidades existentes nessas terras. São terras indígenas aquelas por eles ocupadas, as reservadas e as de domínio silvícola que não poderão ser arrendadas, sendo vetadas a caça, a coleta, a pesca e a prática de agropecuária e extrativismo por outros habitantes (Bastian *et al.*, 2023, p. 09).

O Estatuto do Índio foi muito importante, pois possibilitou a inclusão dos povos indígenas nos objetivos da Funai, garantindo sua participação ativa nos projetos e programas voltados para as referidas comunidades (Brasil, 1973). O Brasil estava vivendo, naquele momento, sob as condições de um regime opressor, a ditadura militar, e, assim, as ações de saúde pública causavam grande insatisfação, porém, mesmo assim, foi surgindo um movimento que buscava a reforma do sistema. A Reforma Sanitária ficou conhecida como o percurso em que a política institucional de saúde foi reformulada e sofreu transformações (Paiva; Teixeira, 2014).

Nessa perspectiva história, faz-se necessário enfatizar a participação de outros importantes atores na discussão e formulação de uma política de assistência aos povos indígenas do Brasil.

> Durante as décadas de 1970 e 1980, além da Funai, outros atores – como a sociedade civil, entre movimentos sociais organizados, pesquisadores e intelectuais de diferentes áreas – passaram a discutir de forma mais sistemática a formulação de uma política de assistência aos povos indígenas do Brasil, pautados na ampliação da assistência sanitária e no acesso à terra como pilares da saúde indígena. Foi o caso de instituições como o Conselho Indigenista Missionário (CIMI), vinculado à Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) – que contava com a participação de antropólogos, médicos

> sanitaristas e cientistas sociais em seus quadros – e da União das Nações Indígenas (UNI), primeira entidade indígena criada para reunir as lideranças das comunidades indígenas e defender seus interesses no âmbito nacional (Brito, 2020, on-line).

Em meados dos anos 1980, como consequência do Movimento de Reforma Sanitária (MRS), foram realizadas a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio (Brasil, 1986). Nesses eventos, foram realizadas discussões a respeito das condições gerais de saúde da população brasileira, e, como resultado dessas discussões, surgiu a proposta da criação de um Sistema Único de Saúde, vinculado ao Ministério da Saúde, bem como propostas para a criação de uma Política Nacional de Saúde Bucal e da Saúde do Índio, de maneira que a participação e o acesso da população à saúde fosse possibilitado por um único órgão, o Sistema Único de Saúde (SUS), que foi instituído pelos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90.

> Os debates capitaneados por esses atores sociais em torno da estruturação de um projeto de saúde indígena reverberaram na realização das Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas (em consonância com as demandas nacionais e mais amplas da Reforma Sanitária) e também na Constituinte de 1988, sobretudo em relação à autodeterminação dos povos indígenas em oposição à relação tutelar, anteriormente estabelecida com o Estado. Como resultado dos debates iniciados na década de 1970, passando pelas Conferências Nacionais de Saúde dos Povos Indígenas e pela criação de um Sistema Único de Saúde (SUS, lei nº 8.080) para o país, em 1990, foi desenhada a Lei Arouca (nº 9.839/99, que acrescenta o capítulo V, Título II à lei nº 8.080), que instituiu no Brasil o Subsistema de Saúde Indígena como parte do SUS e rege, até hoje, os rumos da saúde dos povos indígenas brasileiros (Brito, 2020, on-line).

O Brasil passou por uma significativa evolução no que se refere ao direito à saúde quando se faz uma análise dos períodos pré e pós Constituição Federal de 1988, visto que, no período anterior, não era dever constitucional do Estado garantir os direitos relacionados à saúde e, hoje,

eles devem integrar o planejamento das políticas públicas de governo, incluindo um orçamento mínimo que deve ser destinado para políticas públicas relacionadas à saúde (Wenczenovicz, 2018).

Várias áreas do conhecimento discutem sobre o direito à saúde, tais como a antropologia, o direito, a educação, a medicina entre outras. O mesmo vem sendo analisado há séculos tanto no Brasil quanto em outros países, contudo foi nos dois últimos séculos que o debate aproximou o Estado e os anseios da sociedade. A população passou a ver o direito à saúde como um conjunto de direitos e valores que deveriam ser respeitados e assegurados. Essa nova postura trouxe como consequência a responsabilidade do Estado de oferecer condições mínimas de vida, de sobrevivência, a todas as pessoas sem distinção, garantindo, assim, direitos fundamentais, especialmente o direito à saúde (Wenczenovicz, 2018).

Nesse contexto, destaca-se a consolidação da cidadania e dos direitos dos povos indígenas, que passam a compor a agenda de diferentes instituições.

> A temática da saúde dos povos indígenas passou a compor a agenda de preocupações de diferentes instituições e atores sociais no Brasil, de modo mais sistemático e contínuo, há quatro décadas. Na pauta do Estado, quando passou a se responsabilizar pelas políticas públicas de atenção à saúde aos povos indígenas. No campo acadêmico pela produção de conhecimento científico em diversas áreas do conhecimento. Na arena jurídica e de luta por direitos, protagonizada pelos movimentos indígenas e pelo terceiro setor, com a reivindicação de direitos à assistência integral e pública à saúde, entre outros aspectos. Nesse cenário pós-Constituição de 1988, a pauta da saúde indígena é considerada fundamental para a consolidação da cidadania e dos direitos destes povos originários na sociedade brasileira (Kabad; Pontes; Monteiro, 2020, p. 1.654).

O direito à saúde é indissociável do direito à vida e da dignidade da pessoa, sendo ainda um direito fundamental social e que faz parte do mínimo existencial da pessoa. Sabe-se que, se não houver a preservação da vida, da dignidade e do bem-estar de cada indivíduo, não é possível haver saúde, sendo esse um direito de todos os indivíduos que estiverem em território brasileiro independente de sua nacionalidade, pois é

vinculado ao princípio da dignidade humana, sendo o Estado o principal responsável e respondendo, entre os entes federativos, solidariamente no que diz respeito à saúde, ainda que sejam mantidas as responsabilidades da família e da sociedade nesse sentido (Novelino, 2013).

Nesse cenário, faz-se necessário ressaltar a importância da Constituição Federal no reconhecimento dos povos indígenas como cidadãos de fato e de direito, tendo grande impacto na criação de políticas públicas direcionadas a essa população.

> Anteriormente à reformulação da Constituição brasileira, em 1988, os povos indígenas eram tutelados pelo Estado. Privados de direitos, a trajetória esperada era uma progressiva assimilação pelo restante da população brasileira. Essa postura impedia que esses grupos protagonizassem as tomadas de decisão de acordo com suas reais necessidades. Assim, a Constituição de 1988 teve grande impacto sobre a criação de políticas públicas voltadas aos povos indígenas, considerando a iniciativa de retirar de seu texto a tutela para torná-los cidadãos de fato e de direito. Entre os direitos concedidos está a garantia de atenção diferenciada à saúde (Mendes *et al.*, 2018, p. 1).

Cabe ainda destacar a criação da Lei Arouca, nº 9.836/1999, que valoriza as práticas sociais e culturais das populações indígenas como elemento central para a estruturação da atenção à saúde indígena.

> Em perspectiva histórica podemos dizer que a Lei Arouca, aprovada em 1999, atendeu finalmente às demandas requeridas pelo médico Herbert Serpa do SPI, em 1947, no seu plano para a criação de um serviço médico sanitário, cuja premissa estivesse pautada na inclusão de especificidades no cuidado aos indígenas, alinhado ao planejamento nacional de saúde do país. É certo que a Lei Arouca apresenta avanços importantes e incontestáveis no debate em torno das demandas por acesso a saúde pública por parte dos indígenas brasileiros, principalmente no que tange às suas especificidades culturais (Brito, 2020, on-line).

Assim, nos anos 1990, ocorreram as reformulações sanitárias indígenas, estabelecendo, em 1999, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SASISUS), que foi criado pela Lei Arouca, no âmbito do SUS,

para garantir o atendimento à saúde aos povos indígenas dentro das terras indígenas (Brasil, 1999a, 1999b). Posteriormente, mas ainda em 1999, esse SASISUS organizou-se em 34 Distritos Especiais de Saúde Indígena (DSEI), em todo país, com a função de estruturar e descentralizar a assistência à saúde dessa população específica, constituindo um subsistema coordenado pelo SUS que possui como uma de suas responsabilidades prestar assistência integral e de qualidade também em relação à saúde bucal. Destaca-se que os DSEI são espaços territoriais, etnoculturais e populacionais onde vivem povos indígenas e são desenvolvidas ações de atenção primária à saúde indígena e saneamento básico, podendo abranger mais de um município e/ou estado. Constitui-se na unidade gestora do SASISUS.

É indiscutível o avanço do Estado brasileiro com a criação de um subsistema de saúde indígena e de uma Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI), pela Portaria do Ministério da Saúde nº 254, de 31 de janeiro de 2002. A PNASPI, enfatiza a execução de ações educativas, preventivas e reabilitadoras em saúde bucal, aliadas à manutenção das práticas tradicionais e respeito à cultura (Brasil, 2007), e se constitui numa atenção diferenciada à saúde, levando-se em consideração as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais do povo. Entretanto, de acordo com Brito (2020, on-line), "a saúde indígena faz fronteiras perigosas com outras demandas de ordem política, social e econômica, que interferem".

> A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS (Brasil, 2002, p. 6).

Com o passar dos anos, ocorreram muitas críticas das comunidades indígenas aos serviços de atendimento em saúde prestados pela Funasa. Havia, portanto, plena insatisfação, e a solução encontrada foi a criação, em 2010, da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio da Lei 12.314/2010, vinculada ao Ministério da Saúde. Destaca-se que a SESAI é a responsável por coordenar o processo de gestão do SASISUS e por planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar a implementação da PNASPI (Brasil, 2002).

Em sua atuação, a SESAI leva em consideração a diversidade das medicinas tradicionais indígenas, articulando as estratégias do sistema oficial de saúde e dos saberes e práticas indígenas. Outro aspecto importante a ser enfatizado diz respeito ao fato de que a SESAI é a única instituição que alcança todas as comunidades indígenas, apesar das dificuldades de acesso, e seu escopo de trabalho vai desde prestar serviços de saúde a povos indígenas que vivem em territórios próximos a grandes centros urbanos a prestar serviços a povos isolados e de recente contato. Atualmente os DSEI são de responsabilidade da SESAI, tendo sido delimitados por meio de critérios epidemiológicos, geográficos e etnográficos, e cada DSEI possui infraestrutura e equipamentos que permitem a realização de atendimento e procedimentos em casos simples, portanto, as ocorrências de alta complexidade são direcionadas aos hospitais regionais, sendo necessário um aparato para remoção dos pacientes (Brasil, 2002).

Desde as primeiras tentativas de sistematização de um serviço sanitário, há mais de 70 anos, "caminhamos em direção à sistematização da assistência, até a criação de uma lei e de uma política de atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros" (Brito, 2020, on-line). Embora tenham ocorrido avanços na legislação e nas políticas públicas de saúde voltadas para os povos indígenas, alguns estudos apresentam disparidades recorrentes na saúde em comparação com a sociedade não indígena. Essa diferença pode ser observada nos perfis de saúde das comunidades indígenas, nos níveis nacionais e regionais, em uma integração de fatores ambientais, políticos e socioeconômicos (Rodrigues *et al.*, 2018).

A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DOS POVOS INDÍGENAS

Os povos indígenas representam toda uma complexidade em termos de modos de vida, com as peculiaridades sociais, culturais e econômicas dos diversos grupos indígenas do país e foram agentes importantes na construção da identidade brasileira. Entretanto, devido sua condição de minoria social, necessitam de regulamentações específicas que lhes assegurem o direito à saúde (Bastian *et al.*, 2023).

Com relação à atenção à saúde, são escassos os registros sobre a atenção à saúde bucal indígena. Os poucos registros históricos mostram ações pontuais, localizadas e eminentemente curativas, caracterizadas pela descontinuidade e fragmentação (Bertanha *et al.*, 2012), como as extrações dentárias realizadas pelas equipes de saúde já no período da política indigenista de Noel Nutels (Costa, 1987) e as ações odontológicas executadas pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS) que assistiam as populações indígenas em visitas periódicas. Essas ações perduraram até a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), denominada Brasil Sorridente.

Posteriormente, observa-se que a normatização da assistência em saúde bucal teve início com a construção do documento "Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas", que orienta a prestação de assistência à saúde bucal no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

> Este documento, publicado em 2006, teve como referência o relatório de oficinas macrorregionais, ocasião em que foi discutida a organização do sistema local de saúde bucal e a avaliação das ações desenvolvidas, promovendo a socialização das experiências locais [...]. A consolidação da sua implantação se deu em 2008, com 100% de cobertura, abrangendo desta forma os 34 DSEIs (Bertanha *et al.*, 2012, p. 107).

Nesse contexto, os dados referentes às condições de saúde bucal das populações indígenas ainda permaneciam preocupantes e normalmente demonstravam situações mais precárias quando comparados com os dados da população não indígena. Por isso, em 2011, o Ministério da Saúde apresentou diretrizes para a organização da atenção à saúde bucal dos

povos indígenas no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de iniciativas para controlar as doenças bucais, tendo como diretrizes a promoção, a proteção e a recuperação da saúde bucal (Arantes, 2003).

O verdadeiro marco inicial para melhoria da saúde bucal consistiu na implementação do Componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, após a criação do Programa Brasil Sorridente. Em 2011, foi lançado o Programa Brasil Sorridente Indígena, que tinha a finalidade de levar assistência para as aldeias indígenas, estruturando e qualificando os serviços de atendimento odontológico nos DSEI (Brasil, 2011), tendo como um dos seus pilares básicos a Atenção Básica.

> O modelo de assistência à saúde bucal dos povos indígenas do Sistema Único da Saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, tem como um dos seus pilares e eixo estratégico a Atenção Básica. É desenvolvido através de práticas sanitárias e gerenciais e de uma equipe, direcionada a determinadas populações de territórios bem delimitados [...] e com relação aos povos indígenas através do Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, integrantes da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Bertanha *et al.*, 2012, p. 106).

Nesse cenário, faz-se necessário destacar que o Programa Brasil Sorridente Indígena tem como objetivos ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSAI), garantindo assistência odontológica integral aos povos indígenas (Brasil, 2011).

Outro importante marco temporal foi o ano de 2017, quando foi instituída a Portaria 2.663/17 com o objetivo de redefinir os critérios para o repasse do Incentivo para a Atenção Especializada aos Povos Indígenas (IAEPI), no âmbito do SUS. Dessa forma, os Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs) e os Laboratórios Regionais de Prótese Dentária (LRPD) também poderiam ser habilitados para o recebimento desse incentivo, possibilitando melhorias na infraestrutura e também na qualificação para ampliar o acesso e a qualidade dos serviços especializados prestados para a população (Brasil, 2017).

Com relação às condições de saúde bucal dos povos indígenas, estudos mostram altos níveis de cárie dentária para todas as faixas etárias e

baixa taxa de utilização de serviços odontológicos, como, por exemplo, o estudo sobre a experiência de cárie no Xingu pelos autores Rigonatto, Antunes e Frazão (2001), no qual foram investigadas quatro comunidades indígenas (Yawalapití, Awetí, Mehináu e Kamayurá), demonstrando por meio do índice CPOD, que mede o número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados, altos níveis de cárie dentária para todas as faixas etárias e baixa taxa de utilização de serviços odontológicos. Já no levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado na comunidade indígena Xavante de Pimentel Barbosa pelos autores Arantes, Santos e Coimbra Jr. (2001), no qual foram seguidos os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), os autores perceberam que existe uma tendência de deterioração das condições de saúde bucal com o passar do tempo, principalmente em relação a cárie dentária, em praticamente todos os grupos etários, no período em que houve expressivo aumento no consumo de alimentos industrializados, incluindo açúcar refinado e outros produtos que possuem alto potencial cariogênico. Também foi observada baixa frequência de utilização de serviços odontológicos, o que, segundo os autores, era esperado, pois essas comunidades não tinham praticamente acesso a serviços de atendimento em saúde bucal. Essa tendência é inversa ao que se tem observado em outros estudos epidemiológicos realizados em outras regiões brasileiras, que demonstram tendência de declínio nos índices de cárie (Narvai; Castellanos; Frazão, 2000, Narvai, 2000).

A magnitude das desigualdades em saúde bucal entre povos indígenas e não indígenas no Brasil, Nova Zelândia e Austrália também foi confirmada numa pesquisa que encontrou piores condições de saúde bucal nos povos indígenas independente do ambiente (Schuch *et al*. 2017). Com relação as causas dessa desigualdade, afirma-se a existência de múltiplos elementos causadores.

> As morbidades orais têm múltiplos elementos causadores relacionados a diferentes fatores socioeconômicos e que são mais proeminentes entre os povos indígenas em razão de suas condições de vida precárias e únicas. As populações indígenas em todo o mundo têm uma saúde bucal significativamente pior, e as desigualdades no acesso aos cuidados dentários são atribuídas, em grande parte, aos determinantes sociais da saúde (Baldisserotto; Ferreira; Warmling, 2019, p. 473).

Com base e vários autores, Bertanha *et al.* (2012) afirmam que há indícios de que o aumento da prevalência de cárie nas populações indígenas possa ser atribuído às mudanças na dieta, aliadas às modificações socioeconômicas e ambientais e à falta de programas preventivos, sendo identificada a transição epidemiológica e a transculturação no surgimento de doenças de um modo geral e de abscessos dentários.

Importante destacar que as ações relacionadas à saúde bucal eram pontuais e fragmentadas nos povos indígenas até a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), denominada Programa Brasil Sorridente, pela necessidade de um modelo de atenção primária que fosse destinado a ações preventivas e multidisciplinares e que propôs uma grande quantidade de medidas que facilitariam e aumentariam o acesso da população ao tratamento odontológico gratuito, por meio do SUS (Brasil, 2004).

> A Política Nacional de Saúde Bucal – Programa Brasil Sorridente é a maior política pública de saúde bucal do mundo. Desde seu lançamento, em 2004, além da expansão e criação de novos serviços de saúde bucal, reorientou o modelo assistencial com a implantação de uma rede assistencial que articula os três níveis de atenção e as ações multidisciplinares e intersetoriais (Brasil, 2018b, p. 11).

O Brasil Sorridente é a política de saúde bucal do SUS, cujas ações buscam o enfrentamento das iniquidades e geram acesso para populações em situação de vulnerabilidade, como, por exemplo, as ações dirigidas para população indígena, dentre outras. As ações desenvolvidas durante o Programa Brasil Sorridente representaram ganhos para as condições de saúde bucal da população brasileira, contudo, no que se refere à saúde bucal indígena, havia apenas práticas fragmentadas executadas de forma pontual. A assistência em saúde bucal dos indígenas foi normatizada após a construção do documento "Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas", que foi responsável por orientar a prestação de assistência à saúde bucal no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (Brasil, 2007).

Ainda com relação às condições de saúde bucal dos povos indígenas, há uma associação entre a deterioração da saúde bucal e o consumo de alimentos industrializados, como, por exemplo, o que foi identificado nos

estudos desenvolvidos por Alves Filho, Santos, Vettore (2013) e Arantes e Frazão (2013) sobre as condições de saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras, que sugerem aumento da prevalência de cárie dentária ocasionado pelos impactos provocados por modificações alimentares, socioculturais, econômicas e ambientais. Por outro lado, em avaliações epidemiológicas de abrangência nacional realizadas na população não indígena, é observado o declínio dos indicadores de cárie dentária (Narvai; Castellanos; Frazão, 2000, Narvai *et al.*, 2006).

Um importante aspecto a ser considerado nesse cenário diz respeito à multiplicidade sociocultural existente nos povos indígenas brasileiros, integrada às mais variadas condições de vida e de saúde, o que têm reforçado a necessidade de conhecer os diferentes perfis epidemiológicos e da realização de ações de vigilância em saúde que integrem as especificidades das diferentes comunidades indígenas brasileiras da maneira mais abrangente possível (Brasil, 2018b). Quando é feita a tentativa de setorializar a efetividade das ferramentas de atenção primária à saúde para os povos indígenas brasileiros, sobretudo no que se refere aos cuidados em saúde bucal, é percebida uma lacuna significativa na assistência a essas pessoas (Baldisserotto; Ferreira; Warmling, 2019).

Destaca-se que são evidentes as iniquidades presentes no acesso a serviços de atendimento odontológico e a métodos de prevenção entre indígenas e não indígenas, o que torna os primeiros mais vulneráveis em relação à cárie dentária e suas possíveis complicações. A heterogeneidade sociocultural e a complexidade dos diferentes contextos de atenção odontológica aos povos indígenas sugerem a necessidade de produção de informações a respeito dessas distintas realidades e sua interpretação com base em bibliografia adequada (Arantes; Santos; Frazão, 2010). Nesse contexto, salienta-se que, ao avaliar os níveis de experiência de cárie, com o objetivo de investigar desigualdades dentro de uma mesma etnia indígena entre os subgrupos Xavantes, no Mato Grosso, Arantes, Santos e Frazão (2010) concluíram que as diferenças podem estar relacionadas aos fatores demográficos, ao processo histórico de interação com sociedade não indígena, às características socioculturais e econômicas e ao acesso e utilização de serviços.

A piora na provisão de cuidados odontológicos também é evidenciada em outros estudos. Uma pesquisa realizada pelos autores Lemos *et al.*

(2018) no Parque indígena do Xingu encontrou uma piora na provisão de cuidados odontológicos entre os anos de 2007 e 2013 nas faixas etárias avaliadas. Essas condições indicam a necessidade de planejamento de programas de atenção odontológica que promovam uma assistência odontológica oportuna e resolutiva aos povos indígenas, superando o subdimensionamento de recursos e a fragmentação das ações, enfatizando a estratégia preventiva na atenção.

Com relação ao acesso e à utilização dos cuidados odontológicos, observa-se que são várias as barreiras encontradas nas aldeias, destacando-se

> as tecnológicas, geográficas, ambientais, linguísticas e culturais. Este atendimento, geralmente, é realizado nos centros comunitários ou em casas típicas indígenas, onde as cadeiras odontológicas são substituídas por mesas, cadeiras ou pequenos bancos próximos de uma fonte natural de luz. Os equipamentos necessitam de geradores de energia, como no Alto Rio Negro, Amazonas (Bertanha *et al.*, 2012, p. 107).

Nota-se ainda a persistência da precariedade das condições de saúde bucal indígena ao longo dos anos. Foi realizada uma revisão integrativa por Brandão, Moraes e Romão (2021) que objetivou analisar as condições de saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras na qual os autores concluíram que o perfil epidemiológico da saúde bucal desses povos apresenta-se precário e complexo nos últimos 20 anos.

As populações indígenas em todo o mundo tendem a apresentar uma condição de saúde pior. São observados grandes problemas de acesso a serviços de saúde, presença de desigualdades sociais, níveis de escolaridade inferiores, marginalização e situação econômica que leva a uma maior vulnerabilidade social, que se expressam em indicadores de saúde mais precários do que em populações não indígenas. Assim, para que ocorram melhorias na saúde bucal dos povos indígenas são requeridas políticas de saúde que reduzam as barreiras e aumentem a disponibilidade de serviços de prevenção de doenças e de promoção da saúde (Arantes; Frazão, 2018).

Por outro lado, estudos recentes realizados com a população guarani do estado do Rio Grande do Sul evidenciaram melhores índices de saúde bucal do que os relatados no inquérito epidemiológico de saúde bucal de 2010

na população brasileira, exceto para o estado periodontal, demonstrando avanços nas condições de saúde dessa população, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde, por meio de uma política pública que respeite a diversidade étnica (Baldisserotto; Ferreira; Warmling, 2019).

Observa-se a necessidade de melhorias na situação de saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras, o que pode ser alcançado por meio de programas de saúde bucal mais eficientes, pesquisas epidemiológicas que levem em conta os determinantes locais e regionais, a ampliação da atenção e o fortalecimento das ações de prevenção e de promoção em saúde. Dessa forma, é importante que o profissional de saúde procure a integração cultural, transcendendo assim os limites de um modelo assistencialista que possui foco no indivíduo, privilegiando a prevenção em saúde com um olhar voltado para a coletividade, respeitando e valorizando as características sociais e culturais dos povos indígenas (Bertanha *et al.*, 2012).

Por fim, vale ainda destacar a importância da pesquisa em denunciar a situação de grande vulnerabilidade de saúde que os povos indígenas do Brasil se encontram, colocando-os em desvantagem com relação às oportunidades e acesso a direitos. Nesse sentido, pode-se afirmar que o meio acadêmico tem a potência de dar visibilidade a essas desigualdades no acesso ao direito à saúde e amplificar a agenda política da redemocratização do Brasil (Kabad; Pontes; Monteiro, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reconstrução histórica da saúde indígena no Brasil possibilitou compreender o significado amplo e estrutural do conceito de saúde para os povos indígenas no decorrer do tempo. Entretanto, diante da complexidade temática, as ferramentas de análise processual da história ainda não nos permitem dar as respostas definitivas para a prática da atenção à saúde existentes nas inúmeras aldeias indígenas do país. Por isso, ainda hoje, cabem análises importantes acerca da atenção à saúde bucal dos povos indígenas no país.

Na contextualização histórica da saúde indígena no Brasil, realizada a partir desta revisão, observa-se a importância da criação e evolução do

Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS) e da concepção de uma Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas (PNASPI), que consideram e respeitam a diversidade cultural e social dos povos indígenas. Além disso, destaca-se a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), responsável exclusivamente pela atenção à saúde dos povos indígenas, que busca atender às demandas dessas comunidades objetivando a integralidade da atenção à saúde, numa perspectiva específica e diferenciada que assegure qualidade de vida a essa população.

A análise realizada nos estudos sobre a atenção à saúde bucal dos povos indígenas revelou que, apesar dos importantes avanços, as ações voltadas para a saúde bucal indígena ainda não são suficientes para suprir as necessidades das populações indígenas, com os desafios para o atendimento odontológico em área indígena sendo muitos e diversos, dificultando a atenção à saúde dessa população.

Esta revisão destacou as condições bucais precárias na população indígena, especialmente quando comparada com a população não indígena. Tais resultados, diante de uma série histórica de dispositivos legais, institucionais e estruturais protetivos dos povos indígenas, possibilitam refletir sobre a necessidade de rever as bases da atenção à saúde bucal dos povos indígenas considerando as peculiaridades sociais, culturais e econômicas dos diversos grupos indígenas do país, que contribuem diretamente para a situação de vulnerabilidade nas suas condições de saúde bucal.

A partir dos dados apresentados, os investimentos institucionais e legais realizados neste tempo histórico, diante da necessidade de melhorias nas condições de saúde bucal dos povos indígenas, permanecem nos desafiando na estruturação de um plano de manejo eficiente na atenção à saúde bucal indígena, visando promover saúde bucal, evitar doenças como a cárie e as doenças periodontais e realizar tratamentos, evitando a progressão dessas doenças e a perda dentária.

Nesse cenário, a efetiva implantação do Brasil Sorridente Indígena pode assegurar um maior acesso ao atendimento odontológico nas aldeias indígenas, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal e garantindo assistência odontológica integral a essa população. Além disso, faz-se necessário investimentos na qualificação profissional, de modo que seja adquirida competência cultural e ampliação da clínica para

além do modelo assistencialista individual. Verifica-se a necessidade de profissionais capacitados para a prevenção de doenças e a promoção da saúde com foco na coletividade, respeitando e valorizando os aspectos sociais e culturais dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Desigualdades socioambientais na ocorrência de cárie dentária na população indígena no Brasil: evidências entre 2000 e 2007. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 3, p. 692-704, 2013.

ARANTES, R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JR., C. E. A. SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. **Epidemiologia e Saúde Dos Povos Indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz/ABRASCO, p. 49-72, 2003.

ARANTES, R.; FRAZÃO P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. **Tempus**, v. 7, n. 4, p. 169-180, 2013.

ARANTES R; FRAZÃO P. Subjetivo oral symptoms associated with self-rated oral health amont Indigenous groups in Central-West Brazil. **Community Dent Oral Epidemiol.**, p. 1-8, 2018.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. Saúde bucal na população indígena Xavánte de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, p. 375-384, 2001.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. **Int. Dent. J.**, v. 60, n. 3, Suppl. 2, p. 235-240, jun., 2010.

BALDISSEROTTO, J.; FERREIRA, A. M.; WARMLING, C. M. Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 468-475, 2019.

BASTIAN, L. *et al*. A questão indígena e a flexibilização de direitos no Brasil: ameaças legislativas em um contexto de fragilização política. **Texto para Discussão – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**, Brasília, Rio de Janeiro, n. 2868, 2023.

BERTANHA, W. F. F. *et al*. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 105-112, 2012.

BRANDÃO, D. G.; MORAES, J. S. M. O.; ROMÃO, D. A. A saúde bucal das comunidades indígenas brasileiras: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

BRASIL. Decreto nº 8.072, de 20 de junho de 1910. Cria o Serviço de Proteção aos Índios e Localização de Trabalhadores Nacionais e aprova o respectivo regulamento. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8072-20-junho-1910-504520-publicacaooriginal-58095-pe.html. Acesso em: 02 jul. 2023.

BRASIL. **Constituição Federal De 1988.** Presidência da República. 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Lei n º 5.371, de 5 de dezembro de 1967. Autoriza a instituição da "Fundação Nacional do Índio" e dá outras providências, 1967. **Diário Oficial da União**, 06 dez 1967. Seção 1: 12223.

BRASIL. Lei nº 6.001, de 19 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Estatuto do Índio, 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6001.htm Acesso em: 10 jul. 2025.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. [Criação da FUNASA]. Brasília, 1999a. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=272983. Acesso em: 21 jun. 2023.

BRASIL. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. [Criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena]. Brasília,1999b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.htm. Acesso em: 25 jun. 2023

BRASIL. Ministério Da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal:** relatório final. Brasília: Ministério da Saúde; 1986.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Biblioteca Virtual em Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas:** manual técnico. Brasília: Funasa; Ministério da Saúde, 2007. 68p.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Portaria nº 2.663, de 11 de outubro de 2017. disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2663_16_10_2017.html. Acesso em: 8 jul. 2023.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Inquérito Nacional da saúde bucal dos povos indígenas**, Brasília, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 350 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf. Acesso em: 12 nov. 2023.

BRASIL. Ministério dos Povos Indígenas. Fundação Nacional dos Povos Indígenas. Dados do Censo 2022 revelam que o Brasil tem 1,7 milhão de indígenas. **Fundação Nacional dos Povos Indígenas** (Gov.br), 7 ago. 2023. Disponível em: https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2023/dados-do-censo-2022-revelam-que-o-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas. Acesso em: 12 nov. 2023.

BRITO, C. A. G de. A história da saúde indígena no Brasil e os desafios da pandemia de Covid-19. **Casa De Oswaldo Cruz** [site], 24 abr. 2020. Disponível em: https://coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/1779-a-historia-da-saude-indigena-no-brasil-e-os-desafios-da-pandemia-de-covid-19.html. Acesso em: 12 nov. 2023.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, p. 125-132, 2000.

COSTA, D. C. Política indigenista e assistência à saúde: Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cad Saúde Pública**, v. 3, n. 4, p. 338-401, 1987.

FUNAI - Fundação Nacional Do Índio. **Índios no Brasil:** quem são. **Funai** [Portal Gov.br], 2015. Disponível em: https://www.gov.br/funai/pt-br/atuacao/povos-indigenas/quem-sao. Acesso em: 08 jul. 2023.

KABAD, J. F.; PONTES, A. L. de M.; MONTEIRO, S. Relações entre produção científica e políticas públicas: o caso da área da saúde dos povos indígenas no campo da saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p.1653-1665, 2020.

KRENAK, A. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020. 128 p.

LEMOS, P. N. *et al*. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013, **Epidemiol Serv Saude**, v. 27, n. 1, p. e20171725, 2018.

MENDES, A. P. M. *et al*. O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica,** n. 42, 2018. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49563/v42e1842018.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 12 nov. 2023.

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R.; MOREIRA, E. A. M. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Rev Nutr.**, v. 23, n.3, p. 459-465, maio/jun., 2010.

NARVAI, P. C. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 381-392, 2000.

NARVAI, P. C. *et al.* Cárie dentária no Brasil: declínio, polarização, iniquidade e exclusão social. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 19, n. 6, p. 385-393, jun. 2006.

NARVAI, P. C.; CASTELLANOS, R. A.; FRAZÃO P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 196-200, abr., 2000.

NOVELINO, M. **Manual de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n.1, p. 15-35, jan.-mar., 2014.

RIGONATTO, D. D. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRAZÃO, P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo, v. 43, n. 2, p. 93-98, mar./abr., 2001.

RODRIGUES *et al.* Análise documental dos serviços de saúde bucal ofertados à população indígena no Brasil. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 1, p. 7-21, 2018.

SCHUCH, H. S. *et al.* The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia, **Community Dent Oral Epidemiol.**, p. 1-8, 2017.

WENCZENOVICZ, T. J. Saúde Indígena: Reflexões Contemporâneas. **Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.**, Brasília, v. 7, n. 1, p. 63-82, jan.-mar, 2018.

18

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA
MARCELO ELISEU SCIPIONE
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

PRINCIPAIS FATORES QUE INFLUENCIAM NA ADESÃO AO TRATAMENTO DA OBESIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

INTRODUÇÃO

O crescimento da prevalência de excesso de peso e de obesidade tem se dado de forma preocupante em todo mundo, sobretudo em países de renda baixa ou média, como o Brasil (Malta *et al.*, 2016; NCD Risk Factor Collaboration, 2017). Considerada um dos problemas principais de saúde, a obesidade constitui-se em epidemia mundial, aumentando substancialmente a morbimortalidade.

Segundo a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2019, 19,4% (18 milhões) dos adolescentes de 15 a 17 anos de idade encontravam-se com excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m) e 6,9% já apresentavam obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²). Nos dois grupos, a prevalência foi maior entre as pessoas do sexo feminino. Cabe ressaltar que, para a avaliação do perfil antropométrico nutricional de populações de adolescentes, o parâmetro utilizado foi o IMC calculado segundo o sexo e a idade da pessoa, o IMC-para-idade, expresso em escore z, que corresponde ao valor padronizado desse índice em relação a uma distribuição de referência (IBGE, 2020).

Em relação à população adulta, com 18 anos ou mais, mais da metade (60,3%), cerca de 96 milhões de pessoas, apresentava excesso de peso, com prevalência maior entre as mulheres. A obesidade foi observada em 21,8% dos homens e em 29,5% das mulheres, sendo que, do total de homens com excesso de peso, obesos representam mais de um terço e, no caso das mulheres com excesso de peso, são quase a metade (IBGE, 2020).

A PNS 2019 traz a evolução do perfil antropométrico da população adulta de 20 anos ou mais de idade, com as estimativas de prevalência de excesso de peso e de obesidade calculadas a partir de outros quatro

estudos: Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF), também realizada pelo IBGE, em suas edições de 2002-2003 e 2008-2009 e PNS em suas edições de 2013 e 2019. Nota-se que a prevalência de excesso de peso e, principalmente, a de obesidade estimadas para a população de 20 anos ou mais de idade aumentaram progressivamente ao longo dessas quatro pesquisas em ambos os sexos, sendo um pouco mais acentuada entre as mulheres (IBGE, 2020).

Assim como outras doenças crônicas, a obesidade é uma doença de caráter multifatorial e, entre suas causas, estão envolvidos aspectos genéticos, biológicos, ambientais e comportamentais. Muitas vezes reduzida às dimensões médicas e psicológicas, é também um produto da organização das sociedades modernas, nas quais as pessoas obesas são responsabilizadas individualmente pelo consumo de alimentos (Poulain, 2013).

Dada a complexidade do problema, a obesidade vem sendo considerada uma doença de difícil controle e tratamento. Para tratá-la, profissionais da saúde buscam conduzir à perda de peso, sobretudo por meio de dietas e exercícios físicos. Contudo, em longo prazo, a eficácia desses tratamentos mostra-se questionável, na medida em que de 95% a 98% dos pacientes recuperam o peso e não conseguem manter as mudanças comportamentais do estilo de vida, bem como as melhorias no seu estado de saúde. Inclusive, dietas restritivas podem mesmo contribuir com o aumento do peso, do sofrimento psicológico, da depressão e da baixa autoestima e provocar transtornos alimentares (Cadena-Schlam; Lopez-Guimera, 2015).

Dietas de diferentes tipos, reeducação alimentar, prática de atividade física, uso de medicamentos, procedimentos cirúrgicos e tratamentos psicológico e/ou psiquiátrico estão entre os caminhos utilizados para o enfrentamento da obesidade, contudo seu aumento exponencial mostra-se como um indicador dos limites de tais estratégias. Nesse sentido, este estudo busca apresentar os principais fatores que interferem na adesão de indivíduos obesos ao tratamento da obesidade.

Considerando que é grande a possibilidade de que um número considerável de pessoas com sobrepeso e obesidade busquem ajuda profissional em algum momento de suas vidas, o presente estudo tem como objetivo identificar na literatura científica os fatores envolvidos na adesão ao tratamento da obesidade, visando contribuir para o desenvolvimento de

estratégias eficazes para a saúde individual dos pacientes e relevantes no âmbito da saúde coletiva.

METODOLOGIA

Selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa, que se trata de uma síntese das informações disponíveis em um momento específico sobre um determinado problema específico, de modo objetivo e reproduzível, possibilitando a identificação de lacunas do conhecimento. Esse tipo de pesquisa requer um método de busca e seleção de estudos, com avaliação da relevância e da validade dos resultados evidenciados, coleta, síntese e interpretação dos dados. Dessa forma, buscando o rigor do processo de pesquisa, utilizou-se um protocolo contendo os seguintes componentes: pergunta de revisão, critérios de inclusão e exclusão, estratégias para a busca, orientação para a seleção do material, análise e síntese dos dados. A escolha do método foi em razão de permitir a síntese de estudos com mais de uma abordagem, possibilitando enfoque mais abrangente da situação temática (Mendes *et al.*, 2019).

A pesquisa foi realizada a partir da questão norteadora: Quais fatores influenciam na adesão ao tratamento da obesidade?

As buscas foram realizadas, no mês de julho de 2022, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF), via Base de dados Virtual (BVS), por meio da combinação dos seguintes descritores, em português e inglês, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): "obesidade" AND "cooperação e adesão ao tratamento" OR "adesão ao tratamento". A fim de encontrar um maior número de estudos sobre o tema pesquisado, foi realizada busca também no repositório SCIELO.

Para a seleção dos artigos, atribuiu-se como critérios de inclusão: artigos originais, publicados no período de 2012 a 2022 em português, inglês e espanhol e disponíveis eletrônica e gratuitamente na íntegra. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, publicações

duplicadas, bem como estudos que não abordassem temática relevante ao objetivo da revisão.

Para evitar duplicidade de estudos nas diferentes bases de dados, os artigos encontrados em cada base foram ordenados por título e primeiro autor, excluindo aqueles que apareceram mais de uma vez. Vale ressaltar que as referências bibliográficas dos documentos selecionados também foram examinadas para identificar e incluir outros estudos não identificados na busca eletrônica. Visando refinar a amostra, segundo os critérios de inclusão, foram lidos os títulos, em seguida os resumos e, por fim, as publicações selecionadas.

Para definição das informações a serem extraídas de cada estudo selecionado/categorização do estudo, utilizou-se um instrumento adaptado pela autora para pesquisa, incluindo base de dados, idioma, país, ano, autores, título, revista, objetivo, metodologia, resultados e conclusões (Souza; Dias; Carvalho, 2010).

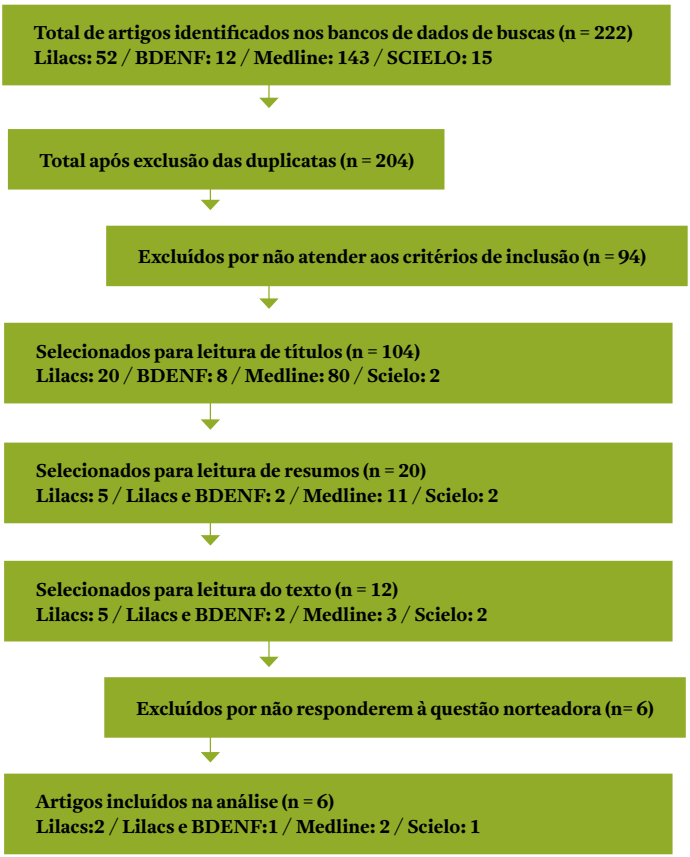
A extração e a categorização dos dados foram realizadas em planilha do Excel®, os quais foram analisados qualitativamente, a partir da descrição e discussão dos resultados encontrados nos estudos da busca.

Por ser uma revisão integrativa e ter utilizado fontes de domínio público, não foi necessário submeter o presente estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa. Contudo buscou-se seguir rigorosamente os cuidados éticos em todas as etapas da pesquisa.

RESULTADOS

Incialmente, por meio da busca nas bases de dados selecionadas, foram identificados 207 estudos, 143 provenientes da base de dados Medine, 52 da Lilacs e 12 da BDENF. Ao final das estratégias de seleção do material, obteve-se um total de seis artigos (Figura 1), cujos resultados foram analisados e discutidos.

Figura 1: Fluxograma de seleção dos artigos elaborado pela autora.



O ano de publicação dos artigos variou de 2015 a 2022, sendo metade deles publicada em 2020. No que tange ao delineamento do estudo, três são descritivos qualitativos, dois quantitativos e um do tipo intervenção.

Metade dos estudos foi realizada com indivíduos adultos e a outra metade com crianças e/ou com adolescentes. A grande maioria dos participantes em toda a amostra era do sexo feminino e todos participavam de algum programa de emagrecimento. Tal fato pode ser reflexo de, tradicionalmente, mulheres buscarem mais os serviços de saúde que os homens e de sofrerem mais cobranças, em virtude dos valores sociais relacionados à magreza.

Em relação ao local do estudo, o país que mais publicou foi o Brasil, com três publicações, o que pode ser resultado da busca realizada na BVS, na qual há uma maior concentração de artigos publicados na América Latina e Caribe. Os idiomas das publicações foram o português e o inglês.

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos estudos analisados.

Quadro 1: Síntese dos estudos incluídos na seleção

Autores (ano)	Título	Delineamento/participantes
Atkins *et al.* (2020)	Unmet Social Needs and Adherence to Pediatric Weight Management Interventions: Massachusetts, 2017-2019.	Qualitativo do tipo intervenção/407 criança
Rahelic *et al.* (2020)	Role of Parents in Body Mass Reduction in Children with Obesity-Adherence and Success of 1-Year Participation in an Intervention Program.	Qualitativo/113 adolescentes de 10 a 17 anc
Burlandy *at al.* (2020)	Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Qualitativo /5 apoiadores regionais da atenç referências regionais/municipais das Áreas T de Alimentação e Nutrição (ATAN), profissi saúde, 25 pacientes do Instituto Estadual de Aloysio de Castro em acompanhamento nut sobrepeso e obesidade; 28 interlocutores da de doenças crônicas de diferentes regiões de
Palmeira; Garrido; Resumo (2016)	Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade.	Qualitativo descritivo/14 mulheres e 1 homem

	Principais achados
s de 6 a 12 anos.	A adesão à intervenção pediátrica de controle de peso foi menor entre crianças com insegurança habitacional e em famílias com três ou quatro necessidades sociais não atendidas.
os.	Os hábitos alimentares e o apoio dos familiares podem estar entre os determinantes da adesão a um programa de redução de massa corporal para pré-adolescentes e adolescentes com obesidade.
ção básica, Técnicas onais de Cardiologia ricional de vigilância saúde.	A baixa adesão ao tratamento decorre de uma dificuldade do indivíduo obeso em mudar seus hábitos alimentares. A construção de vínculo e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissional e usuário potencializam a adesão ao tratamento.
n de 25 a 66 anos.	A adesão ao tratamento abrange aspectos relacionados ao indivíduo, à doença, à terapêutica e, até mesmo, ao relacionamento do profissional e da família com o paciente.

Autores (ano)	Título	Delineamento/participantes
Gonçalves *et al.* (2015)	Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil.	Quantitativo descritivo/154 mulheres de 19
Furlong *et al.* (2015)	Motivación y adherencia al tratamiento de niños de 6 a 13 años con sobrepeso y obesidad del HIGA Eva Perón.	Quantitativo descritivo longitudinal/crianças

Fonte: Dados da pesquisa realizada pela autora, 2022.

DISCUSSÃO

No processo de análise, foram estabelecidos quatro eixos temáticos, tendo sido agrupados por semelhanças, quais sejam: aspectos socioeconômicos, fatores comportamentais e emocionais, relação com os profissionais de saúde e influência familiar.

Aspectos socioeconômicos

Apenas um dos estudos da amostra apresentou como foco a influência dos aspectos socioeconômicos na adesão dos pacientes ao tratamento da obesidade. Tendo como objetivo explorar a associação entre as necessidades sociais não atendidas e a frequência às sessões de tratamento para perda de peso, analisou o estresse parental, a depressão parental, a insegurança alimentar e a insegurança habitacional. Os resultados desse estudo mostram que a adesão às intervenções pediátricas de controle de peso foi menor entre crianças com insegurança habitacional e em famílias com três ou quatro necessidades sociais não atendidas (Atkins *et al.*, 2020).

Situações de dificuldade financeira apareceram também como fator dificultador da adesão ao tratamento em outros dois estudos da amostra: um realizado em um serviço de referência de obesidade de uma instituição

	Principais achados
9 a 79 anos.	Baixa frequência de comparecimento às consultas e de perda de peso. Os principais fatores intervenientes relacionavam-se ao controle emocional e fisiológico da fome
s de 6 a 13 anos.	O sucesso terapêutico depende do envolvimento familiar, já que os adultos tomam decisões.

de ensino superior privada em Salvador, Bahia (Palmeira; Garrido; Resumo, 2016) e outro em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Senhora de Oliveira, Minas Gerais (Gonçalves *et al.*, 2015). O aspecto econômico afeta, principalmente, a terapêutica nutricional, muitas vezes impossibilitando a compra de determinados alimentos em razão do seu custo elevado ou devido à situação financeira precária do paciente, favorecendo o consumo de alimentos de alta densidade calórica e baixo valor nutritivo. Além da dificuldade de acesso a um melhor padrão alimentar, pessoas com baixa renda têm ainda menor acesso ao conhecimento e aos serviços de saúde, o que requer cuidados especiais no tocante às adequações das orientações terapêuticas (Palmeira; Garrido; Resumo, 2016).

Assim como nos estudos da amostra, em investigação realizada por Soraggi *et al.* (2020), o fator econômico mostrou-se importante na não adesão ao tratamento. Indivíduos do sexo feminino relataram dificuldade em seguir o tratamento nutricional em virtude de questões financeiras, ainda que, no sexo masculino, não tenha sido relatada tal dificuldade. Muitas pacientes relataram não fazer dieta pela dificuldade em adquirir alimentos propostos de alto custo. Fatores econômicos (custo elevado) também foram os principais motivos apontados para as dificuldades para adesão a uma alimentação saudável entre um grupo de 1.246 usuários da atenção primária, na cidade

de Pelotas, no Rio Grande do Sul. Destaca-se que, 61% dos participantes do estudo apresentavam excesso de peso, o que é favorecido por hábitos alimentares não saudáveis (Lindemann; Oliveira; Mendoza-Sassi, 2016).

Os resultados de tais estudos sinalizam a importância da redução das necessidades sociais não atendidas para ajudar a minimizar as disparidades vividas nessa doença, o que requer ações intersetoriais e soluções bastante complexas visando práticas alimentares saudáveis. Uma das estratégias que pode ser utilizada pelos profissionais de saúde, a fim de contornar as dificuldades financeiras, é indicar alimentos mais baratos e de fácil acesso ao invés dos alimentos prescritos na dieta, dispendiosos e difíceis de serem encontrados (Palmeira; Garrido; Resumo, 2016).

Fatores comportamentais e emocionais

A interferência dos fatores psicossociais, tais como autoestima, ansiedade e automotivação, e características de personalidade foi observada em dois estudos da amostra (Palmeira; Garrido; Resumo, 2016; Gonçalves *et al.*, 2015). A ansiedade, inclusive, foi apontada em um dos estudos (Gonçalves *et al.*, 2015) como principal desmotivador da reeducação alimentar, tendo sido relacionada também ao desejo de resultados rápidos e de mudanças de comportamento alimentar por tempo determinado. Sentimentos como saudade, nervosismo, inquietação, tristeza e irritabilidade, muitas vezes, colaboram para que as pessoas se sintam mais ansiosas e busquem o alimento como uma forma de atenuá-los. Vale ressaltar que o excesso de peso pode gerar sentimentos negativos, provocando sofrimento psicológico, o qual pode afetar de forma negativa a adesão ao tratamento (Palmeira *et al.*, 2016).

Oliveira e Silva (2014) chamam a atenção para a crença de que o emagrecimento aumentaria a autoestima, sendo que a perda de peso pode ser mais eficaz quando há uma melhora na autoestima, uma vez que o "gostar de si mesma" é um facilitador desse processo. As autoras destacam, ainda, várias perdas acarretadas pelo emagrecimento, na medida em que se deixa de estar presente em determinados contextos sociais para evitar a ingestão de certos alimentos, o que pode levar ao isolamento social. Da mesma forma, deixa-se de comer alimentos com maior teor calórico, considerados saborosos, para alimentar-se de forma mais saudável, porém nem sempre se obtendo prazer. E, ao evitar a ingestão de alimentos específicos,

muitas vezes, o indivíduo tem aumentada sua ansiedade e frustrações, pois suas tensões já não são mais "descarregadas" no alimento. Somado a isso, o emagrecimento, em geral, não ocorre em curto prazo, o que muitas vezes provoca desânimo em indivíduos que buscam resultados imediatos.

Em estudo realizado por Soraggi *et al*. (2020), observou-se, ainda, que o grupo pesquisado, do sexo feminino, tinha compulsão por doces, o que também justificava o fato de não conseguirem seguir as estratégias colocadas pelo profissional. Essas e outras dificuldades em seguir a dieta apontam a necessidade de profissionais conhecerem esses aspectos de forma mais profunda para ajudar os pacientes a enfrentarem e superarem as barreiras individuais de cada pessoa (Amorim; Coutinho; Palmeira, 2016).

Teixeira *et al*. (2015) realizaram uma meta-análise com 35 estudos sobre os determinantes das mudanças comportamentais saudáveis que influenciam a perda de peso e a manutenção dessa perda por indivíduos que participam de programas de tratamento da obesidade. Os autores apontam para grandes diferenças nas características psicológicas da população obesa que busca tratamento, o que demonstra ser importante uma abordagem personalizada em detrimento de uma abordagem padronizada.

Um programa que integrou sistemas biológicos, intervenções psicológicas e comportamentais em um ambiente ambulatorial teve como resultado a redução de 10,8% no peso e IMC de pacientes submetidos a tratamento durante 86 dias. Ainda que as limitações do estudo não possibilitem saber quais aspectos do tratamento foram mais eficientes para os participantes, trata-se de um exemplo de como intervenções do tipo "biopsicossocial", em que a combinação de farmacoterapia, educação alimentar terapia cognitivo-comportamental e modificação comportamental em curtas visitas mensais de 10 a 15 minutos são capazes de promover perda de peso, sinalizando a importância de pesquisas sobre a eficácia desse tipo de abordagem (Nguyen *et al*., 2016).

Relação com os profissionais de saúde

A resolutividade e a dificuldade de adesão aos processos terapêuticos, gerando sentimentos de frustação e impotência, a atuação em equipe multiprofissional e o sentimento de despreparo para lidar com a complexidade do problema são apontados por profissionais de saúde

como os principais desafios das práticas junto a usuários obesos. Um dos estudos da amostra parte de um projeto de análise das ações de prevenção e controle da obesidade nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro no âmbito da atenção básica entre 2014 e 2018. Nesse projeto, foram realizados grupos focais e entrevistas com profissionais e gestores, os quais consideram a obesidade um problema complexo, que requer a participação de equipes multiprofissionais, a articulação de diferentes setores, além da transformação de fatores ambientais. Contudo, de modo paradoxal, os participantes sinalizam que a baixa adesão ao tratamento resulta da dificuldade do indivíduo obeso em mudar seus hábitos alimentares. Ainda que seja admitida a multicausalidade da obesidade e a importância de políticas públicas capazes de influenciar os ambientes obesogênicos, os limites do próprio modelo assistencial biomédico não são facilmente reconhecidos, levando a uma culpabilização do indivíduo (Burlandy *et al.*, 2020).

Em estudo com a participação de 344 nutricionistas brasileiros, observou-se forte estigmatização da obesidade e preconceito por parte desses profissionais contra indivíduos obesos, aos quais foram atribuídas características como: guloso (67,4%), não atraente (52,0%), desajeitado (55,1%), sem determinação (43,6%) e preguiçoso (42,3%). Os fatores causais mais apontados foram: inatividade física, alterações emocionais e de humor, vício ou dependência de comida e baixa autoestima, ou seja, em sua maioria, fatores comportamentais e psicológicos. Trata-se de crenças que fortalecem a ideia tradicional de que pessoas obesas são responsáveis por sua condição, minimizando a importância de fatores como herança genética, aumento da disponibilidade de alimentos e situação financeira/social. Nesse sentido, os autores apontam a importância de intervenções educacionais com estudantes e profissionais. Para compreender os pacientes, o profissional precisa desenvolver vínculo com ele, o que carece que ele conheça a realidade do obeso e os múltiplos fatores que influenciam a sua condição (Cori; Petty; Alvarenga, 2015).

A fim de evitar os extremos da culpabilização e/ou vitimização do usuário, mostra-se fundamental o resgate do conceito de corresponsabilização entre profissional e usuário em processos de formação e diálogo com os profissionais de saúde. A valorização de outros ganhos para além da perda de peso pode também contribuir ajudando a ressignificar a concepção de adesão ao tratamento. Somado a isso, a atuação multiprofissional

é fundamental para que seja desenvolvida uma compreensão contextualizada e multicausal do processo saúde-doença, colaborando para que os profissionais busquem a integralidade do cuidado e para que sejam capazes de lidar com seus próprios sentimentos e estigmas no tocante à pessoa com obesidade (Burlandy *et al.*, 2020).

Ainda que a adesão ao tratamento seja comumente atribuída aos pacientes, os profissionais de saúde são corresponsáveis nesse processo, devendo buscar uma relação saudável com os pacientes, na qual é fundamental conhecer as subjetividades dos indivíduos, suas dificuldades e carências. Nos *Cadernos de Atenção Básica*, enfatiza-se que a adesão ao tratamento é potencializada quando se constrói vínculo com o usuário e se estabelece uma relação de confiança entre ele e o profissional de saúde, constituindo-se em um recurso fundamental e qualificando o trabalho em saúde (Brasil, 2006, 2014). E esse vínculo precisa fazer parte também da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), pois, para que a Atenção Básica coordene o cuidado, suas equipes precisam manter o vínculo com os profissionais da Atenção Especializada e com os indivíduos, enquanto assistidos nesses serviços (Brasil, 2014).

Santiago, Ciryllo e Mancuso (2022) destacam a importância da satisfação com o tratamento para que haja adesão a ele. Buscando identificar as razões que levam indivíduos com sobrepeso e obesidade a abandonarem o tratamento nutricional para a perda de peso, as autoras observaram os seguintes obstáculos: expectativa de resultados, dieta restritiva, conduta do nutricionista, custo e acesso aos alimentos prescritos e obstáculos da rotina diária das pessoas. Assim, nesse estudo, é apontado que a falta de resultados e as dificuldades de adequação às restrições alimentares recomendadas, somadas à falta de empatia do nutricionista, são fatores capazes de influir no percurso da terapêutica nutricional, levando ao abandono do tratamento para perda de peso. Nesse sentido, é fundamental um atendimento em saúde horizontal, humanizado, dialógico e inclusivo.

Influência familiar

A adesão ao tratamento envolve, ainda, a relação do paciente com a família, como observado em três estudos da amostra (Rahelic *et al.*, 2020; Palmeira; Garrido; Resumo, 2016; Furlong *et al.*, 2015). Assim como no

tratamento de outras doenças crônicas, o apoio e a colaboração da família são facilitadores do processo terapêutico da obesidade, e os hábitos alimentares podem estar entre os determinantes da adesão a programas de redução de peso. A influência familiar se dá não só na compra e preparo dos alimentos, como também no incentivo à prática de atividades físicas. Contudo, podem constituir-se como dificultadores: a sobrecarga de problemas familiares e a impossibilidade de preparar determinados alimentos, em virtude da não aceitação de outros membros da família (Palmeira *et al.*, 2016).

Estudo em que foram realizadas entrevistas semiestruturadas com familiares de adolescentes obesos aponta que a família pode estar ligada à gênese da obesidade de diferentes formas. Sendo a ansiedade do adolescente uma das causas da obesidade, quando a psicodinâmica familiar é perturbada, crianças e adolescentes podem adquirir uma ansiedade com difícil controle. Da mesma forma, ambientes familiares obesogênicos tendem a dificultar mudanças nos hábitos alimentares e a prática de atividades físicas. O estudo ainda identificou o alcoolismo e a agressividade paternos e os desentendimentos com essa figura parental como responsáveis por perturbações psicoemocionais que levaram à obesidade. O abandono da figura paterna também acarreta danos para o adolescente, uma vez que a ausência de limites e de afeto influenciam no seu desenvolvimento, além de sobrecarregar a figura materna (Leite *et al.*, 2020). Embora o estudo aponte a importância da presença do pai no tratamento como forma de apoio e motivação para o adolescente, mais investigações são necessárias para que se compreenda, de fato, se e o quanto essa presença pode impactar no tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão integrativa da literatura permitiu identificar que a adesão ao tratamento da obesidade pode ser influenciada por uma multiplicidade de fatores, tais como aspectos socioeconômicos, comportamentais e emocionais, familiares, bem como pela relação estabelecida com os profissionais de saúde. Trata-se, assim, de uma questão complexa que carece ser enfrentada a partir de múltiplas frentes.

Em relação aos aspectos socioeconômicos, observa-se que as discussões se limitam, sobretudo, à dificuldade de acesso a alimentos. A influência dos determinantes sociais sobre a saúde e seu impacto no aumento da obesidade são pouco abordados ou não são aprofundados, revelando uma carência de estudos que investiguem, por exemplo, a correlação entre estilos de alimentação e níveis de atividade física dos indivíduos com a posição social em que se encontram. Da mesma forma, a influência, mesmo que indireta, de fatores como desemprego, ausência de assistência social, exclusão social, entre outros, é pouco considerada. Nesse sentido, fazem-se necessárias mais investigações sobre a influência de variáveis como educação, profissão e renda no desenvolvimento e tratamento da obesidade, encarando-a como um fenômeno também social relacionado ao modo como estão organizadas as sociedades modernas.

No enfretamento da obesidade, é crucial uma ampliação do debate sobre seus macrodeterminantes, a fim de que pessoas obesas, trabalhadores de saúde e sociedade como um todo compreendam, de fato, sua complexidade. É preciso entender que não é simplesmente uma questão de escolha, mas que se trata de uma questão política. Para isso, faz-se necessário considerar em que contextos as escolhas alimentares são realizadas, assim como a influência de agentes importantes nesse processo, como as indústrias agroalimentares e farmacêutica, a mídia, os legisladores, entre outros.

Nesse estudo, foi possível detectar, ainda, que a efetividade terapêutica depende muito da relação desenvolvida entre o profissional de saúde e paciente. Além de conhecer suas condições socioeconômicas, para nortear suas ações e ajudar o paciente na adesão ao tratamento, o profissional de saúde precisa compreender os fatores que impedem o paciente de seguir as recomendações dadas. Considerando que os aspectos psicoemocionais influenciam diretamente o comportamento alimentar dos indivíduos, contribuindo de forma positiva ou negativa para sua adesão ao tratamento proposto, os profissionais necessitam ser preparados para uma abordagem mais abrangente não focada no modelo biomédico, considerando o indivíduo em sua integralidade e propondo intervenções que, sempre que possível, envolvam também a família. Essa abordagem deve ser psicocossocial e realizada por uma equipe multiprofissional que busque desenvolver com o paciente uma relação de confiança e estabelecer com ele estratégias facilitadoras de sua adaptação a um novo estilo de vida.

Tendo em vista toda a complexidade que envolve o tratamento da obesidade, é importante ressaltar que as estratégias para seu enfrentamento vão além da vigilância nutricional e da prática de atividades físicas, devendo ser consideradas todas as questões biológicas, emocionais, familiares e sociais envolvidas. Compreender o indivíduo dentro do contexto social em que está inserido, conhecer suas limitações e ajudá-lo a lidar com elas são passos fundamentais a serem dados pelos profissionais de saúde junto aos pacientes, na desafiadora caminhada em direção a um novo estilo de vida.

Apesar da relevância do tema, notaram-se poucas publicações que abordassem os fatores influenciadores na adesão ao tratamento da obesidade, sobretudo, de forma mais aprofundada. Diante disso, ressalta-se a necessidade de realização de estudos sobre a temática, com o intuito de não só identificar as causas que influenciam a adesão dos indivíduos a esse tratamento, como também buscar soluções para os problemas identificados.

REFERÊNCIAS

AMORIM, D. C. A.; COUTINHO, C. M.; PALMEIRA, C. S. Adesão ao tratamento de pessoas com excesso de peso. **Revista de Enfermagem** – UFPE, Recife, v. 10, n. 6, p. 4788-4796, dez. 2016.

ATKINS *et a*l. Unmet Social Needs and Adherence to Pediatric Weight Management Interventions: Massachusetts, 2017-2019. **American Journal Public Health,** v. 110, n. S2, p.5251-5257, jul. 2020. Disponível em: https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2020.305772. Acesso em:14 jul. de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 12, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 38, 2014.

BURLANDY, L.; TEIXEIRA, M. R. M.; CASTRO, L. M. C.; CRUZ, M. C. C.; SANTOS, C. R. B.; SOUZA, S. R.; BENCHIMOL, L. S.; ARAÚJO, T.S.; RAMOS, D. B. N.; SOUZA, T. R. Modelos de assistência ao indivíduo com obesidade na atenção básica em saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 3, e00093419, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/Qr7wymQ4J48kmS3wyZksgqQ/abstract/?lang=pt. Acesso em: 14 de jul. de 2022.

CADENA-SCHLAM, L.; LOPEZ-GUIMERA, G. Intuitive eating: an emerging approach to eating behavior. **Nutricion Hospitalaria**, Madrid, v. 31, n. 3, p. 995-1002, mar. 2015. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v31n3/01revision01.pdf. Acesso em: 23 jul. 2022.

CORI, G. C.; PETTY, M. L. B; ALVARENGA, M. S. Atitudes de nutricionistas em relação a indivíduos obesos: um estudo exploratório, **Ciência & Saúde Coletiva** v. 20, n. 2, fev. 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/TLYNZrvZVmGFX7sZjjcWZNy/?lang=pt. Acesso em: 20 jul. 2022.

FURLONG, M. *et al*. Motivación y adherencia al tratamiento de niños de 6 a 13 años con sobrepeso y obesidad del HIGA Eva Perón / Motivation and adherence to treatment in overweighed and obese children from 6 to 13 years treated in HIGA Eva Peron. **Inmanencia** (San Martín, Prov. B. Aires), v. 4, n. 2, 113-117, 2015. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1049836. Acesso em: 23 jul. 2022.

GONÇALVES, I. S. A. *et al*. Fatores intervenientes no seguimento do tratamento nutricional para redução de peso em mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde do Brasil. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 6, n. 1, p. 914-922, jan. 2015. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359538018006. Acesso em: 20 jul. 2022.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística. **Pesquisa Nacional da Saúde**. Indicadores 2019. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: https://www.ibge.gov.br. Acesso em: 20 jul. 2022.

LEITE, D. A. A. *et al*. Origin of obesity in adolescents: impressions of family caregivers assisted in primary health care. **Revista de Enfermagem da UFPI**, 9: e11035, mar.-dez. 2020. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1368590. Acesso em: 20 jul. 2022.

LINDEMANN, I.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, v. 21, n. 2, p. 599-610, fev. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.04262015. Acesso em: 19 jul. 2022.

MALTA, D. C. *et al*. Tendência temporal dos indicadores de excesso de peso em adultos nas capitais brasileiras, 2006-2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1061-1069, abr. 2016. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232015214.12292015. Acesso em: 20 jul. 2022.

MENDES, K. D. S. *et al*. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, fev. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204. Acesso em: 19 jul. 2022.

NCD RISK FACTOR COLLABORATION. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. **The Lancet**, New York: Elsevier, v. 390, n. 10113, p. 2627-2642, dez. 2017. Disponível em: https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32129-3/fulltext. Acesso em: 20 jul. 2022.

NGUYEN, C. *et al*. Biopsychosocial Approach to the Treatment of Obesity: A Retrospective Review. **Journal of Obesity & Weight Loss**, 2.5, 2016. Disponível em: https://doi.org/10.24966/OWL-7372/1000005. Acesso em: 24 jul. 2022.

OLIVEIRA, A. P. S. V; SILVA, M. Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. **Revista Psicologia e Saúde**, Campo Grande, v. 6, n. 1, p. 74-82, jun. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 14 jul. 2022.

POULAIN J-P. **Sociologia da Obesidade**. São Paulo: Senac, 2013.

RAHELIĆ, V. *et al*. Role of Parents in Body Mass Reduction in Children with Obesity-Adherence and Success of 1-Year Participation in an Intervention Program. **Medicina (Kaunas)**, v. 56, n. 4, p. 1-15, abr. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.3390/medicina56040168. Acesso em: 20 jul. 2022.

PALMEIRA, C. S.; GARRIDO, L. M. M.; RESUMO, P. S. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento da obesidade. **Ciencia y Enfermeria,** Concepción, v. 22, n. 1, p. 11-22, abr. 2016. Disponível em: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100002&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 15 jul. 2022.

PALMEIRA, C. S. *et al*. Percepções acerca da condição de saúde de pessoas com obesidade. **Northeast Network NursingJournal**, v. 17, n. 5, 2016. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6213/4443. Acesso em: 15 jul. 2022.

SANTIAGO, L. A. C.; CYRILLO, D. C.; MANCUSO, A. M. C. Motivos de abandono do tratamento nutricional para perda de peso de indivíduos com sobrepeso e obesidade: uma análise qualitativa. **RBONE - Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 15, n. 97, p. 1070-1078, jul. 2022. Disponível em: https://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1397. Acesso em: 19 jul. 2022.

SOUZA, M. T.; DIAS, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?lang=pt. Acesso em: 25 jul. 2022.

SORAGGI, M. *et al*. Avaliação do tratamento dietoterápico da obesidade em uma Clínica Escola de Belo Horizonte-MG. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 4, p.18055-18078, abr. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.34117/bjdv6n4-104. Acesso em: 20 jul. 2022.

TEIXEIRA, P. J. *et al*. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. **BMC Medicine**, n. 13, p.1-16, abr. 2015. Disponível em: https://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0323-6. Acesso em: 23 jul. 2022.

19

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA
FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE
DHERIK FRAGA SANTOS
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

ACESSO E UTILIZAÇÃO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESPÍRITO SANTO A PARTIR DA ÓTICA DAS USUÁRIAS: SOB A ANÁLISE TEÓRICA DE MCINTYRE E MOONEY

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo de sua existência, tem protagonizado significativas mudanças em relação ao aumento da oferta, acesso e mudanças nos padrões de utilização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, essas mudanças vêm sendo impactadas por marcadores sociais que evidenciam as desigualdades que afetam o acesso aos serviços de saúde, sejam esses de gênero, geração, sexualidade, classe social, local de residência, raça/etnia, constituindo fatores preponderantes para a vulnerabilidade feminina em outros âmbitos, além do materno-infantil (Viacava *et al.*, 2018).

São as mulheres a maioria entre os usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) no Sistema Único de Saúde (SUS). Ao considerar a realidade vivenciada pelas mulheres no que se refere aos agravos de saúde, como altas taxas de cânceres ginecológicos, violência doméstica e sexual, aumento de doenças sexualmente transmissíveis, morte materna, dentre outros agravos, evidencia-se a necessidade de uma contextualização das experiências das mulheres, que muitas vezes são responsáveis pela negação da integralidade. Nesse sentido, a partir da compreensão de que grande parte das mulheres se encontram em situação de vulnerabilidade social e econômica, a discussão de suas singularidades e os fatores que ampliam suas desigualdades são fundamentais, principalmente no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde (Vescovi; Schuelter-Trevisol, 2020).

A APS se apresenta nesse contexto como um local privilegiado no caminho das mulheres que buscam assistência por ser o modo mais eficiente para atingir tais metas, sendo a entrada preferencial nos sistemas de saúde, baseada em atributos claramente definidos como acesso,

longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural. Além disso, devido a sua descentralização, capilaridade e caráter preventivo e de promoção de saúde, a APS oferece uma assistência contínua à mulher, independente de intervenções relacionadas a doenças específicas (Romero; Shimocomaqui; Medeiros; 2017).

Desse modo, o acesso, considerado como a liberdade de usar os serviços de saúde, pode ser analisado pelas dimensões de disponibilidade, aceitabilidade e capacidade de pagamento, além da informação que se mostra como fio condutor das demais dimensões (McIntyre; Mooney, 2007). Porém, o acesso aos serviços de saúde não é garantia de sua utilização, essa ocorre através do êxito ao buscar um serviço de saúde. Sendo assim, essa abordagem visa possibilitar o mapeamento e a mensuração do acesso, de modo que seja garantido como direito universal e atributo essencial da APS (McIntyre; Mooney, 2007; Almeida *et al.*, 2020).

Considerando esse contexto, esta pesquisa foi norteada pela seguinte questão: Como se dá o acesso e a utilização de serviços na APS pelas mulheres no Espírito Santo? A partir dessa questão, o estudo teve como objetivo analisar as experiências das usuárias do SUS sobre o acesso aos serviços da Atenção Primária, no Espírito Santo.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, realizada em cinco municípios que representam as regiões de saúde do Espírito Santo, além da capital do estado: Pedro Canário (Norte), João Neiva (Central), Santa Leopoldina (Metropolitana), Marataízes (Sul) e Vitória (capital). As participantes da pesquisa foram compostas por mulheres, usuárias da APS, cadastradas em Unidade Básica de Saúde (UBS) dos municípios selecionados para a pesquisa.

Foram entrevistadas quatro mulheres por UBS, em duas UBS por município, totalizando oito mulheres por município e 40 mulheres em todo o estado. A escolha por entrevistar quatro mulheres por UBS teve como critério a avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e

da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), o maior programa brasileiro de avaliação da qualidade e acesso da APS, que se colocou como um instrumento indutor da ampliação do acesso e melhoria da qualidade da APS (Brasil, 2011b; Pinto; Souza; Ferla, 2014). Foram utilizados como critérios de inclusão que as mulheres fosses maiores de 18 anos, estivessem cadastradas na UBS selecionada e tivessem acessado a UBS nos últimos 12 meses anteriores à entrevista.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2020 a janeiro de 2021 por uma pesquisadora capacitada para condução de pesquisas qualitativas. Os dados das usuárias foram fornecidos pelas referências técnicas da APS de cada município, a escolha das usuárias da APS ocorreu de maneira aleatória e, então, foi realizado o contato telefônico com as usuárias que atendessem os critérios de inclusão.

O primeiro contato foi realizado por ligação telefônica, na qual foi feito o esclarecimento dos objetivos da pesquisa e o agendamento da data e horário das entrevistas, que foram conduzidas após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), previamente encaminhados por e-mail. As entrevistas foram direcionadas por meio de um roteiro norteador para aprofundamento dos aspectos relativos à concepção das usuárias no que concerne ao acesso e à utilização por elas dos serviços de APS do Espírito Santo.

O roteiro utilizado foi elaborado a partir do referencial de acesso e utilização dos serviços de saúde de McIntyre e Mooney (2007), que tem por entendimento o acesso como a liberdade para uso, ou seja, baseado pela consciência da possibilidade de uso pelo indivíduo e em seu empoderamento para escolha, e orientado pelas dimensões de disponibilidade, aceitabilidade, capacidade de pagamento e informação dos indivíduos em relação ao acesso aos serviços de saúde.

No que concerne à APS, o acesso pode ser determinado pelo grau de adequação entre indivíduos e o sistema de saúde, e a utilização surge como uma expressão positiva desse acesso, que pode ser influenciado por questões geográficas, disponibilidade de horários e fatores subjetivos, sociais e culturais (McIntyre; Mooney, 2007; Thiede; McIntyre, 2008).

As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra. As participantes foram identificadas por meio de legendas, com iniciais de nomes fictícios e dos municípios, a fim de manter o anonimato das entrevistadas.

Os dados foram interpretados e o conteúdo produzido foi analisado pela pesquisadora utilizando o software Atlas.ti versão 9.0. A análise foi realizada a partir da técnica da Análise de Conteúdo Temática ou Análise Temática de Bardin (2011), que consiste no desmembramento do texto transcrito em categorias, evidenciando os 'núcleos temáticos' e sua frequência, organizadas em três etapas: pré-análise, a partir da organização e sistematização das ideias, sendo realizada uma leitura 'flutuante', formulação das hipóteses e elaboração dos indicadores; a exploração do material, para efetuar a classificação; e, por fim, o tratamento dos dados obtidos e a interpretação.

Entendeu-se como limitação do estudo a impossibilidade de realização de entrevistas presenciais com as usuárias nas próprias UBS, devido às restrições sanitárias impostas pela pandemia de covid -19, não havendo uma comunicação mais aprofundada com as usuárias.

Este estudo foi realizado após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Espírito Santo, sob parecer nº 3.738.135 e seguindo os dispositivos da Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa com Seres Humanos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização das Participantes da Pesquisa

As participantes tinham idade entre 19 e 69 anos, com a maior parte, 20 (50%), na faixa etária de 30 a 49 anos; 22 (55%) se autodeclararam pardas ou pretas, sendo que todas as usuárias do município de Pedro Canário (Norte) se autodeclararam pardas e pretas, enquanto 95% das usuárias de Santa Leopoldina (Região Metropolitana) se autodeclararam brancas. A maior parte das usuárias 23 (57%) informaram estarem casadas ou em união estável e 16 (40%) possuíam escolaridade até o ensino médio. Vale destacar que o Espírito Santo é um estado que recebeu um afluxo intenso de imigrantes estrangeiros até as primeiras décadas do século XX provenientes de diferentes regiões do mundo, mas em maior número de italianos, alemães, libaneses, africanos, que, juntamente com os indígenas

locais, baianos, mineiros e mestiços, exercem os efeitos atuais, seja pela preservação da língua e dos costumes, seja na característica étnica da população, principalmente em municípios de menor porte (Celin, 2019).

Em relação à ocupação, 21 (52%) das entrevistadas são donas de casa, 21 (53%) possuíam renda familiar inferior ou igual a um salário mínimo, com média de 3,2 pessoas residindo no mesmo domicílio; 21 (53%) estavam desempregadas, 26 (65%) alegaram receber auxílio do governo no período em que foram realizadas as entrevistas. Dessas mulheres que recebiam algum auxílio, 25 (96%) declararam receber o Auxílio Emergencial (Coronavírus - Covid- 19), financiado pelo governo federal. Os dados evidenciaram que a maioria das mulheres participantes desse estudo são negras, casadas, de baixo nível socioeconômico e de baixa escolaridade. Sabe-se que o acesso e a adesão dessa população têm fatores limitantes, com barreiras estruturais que convergem para deficiências na oferta de serviços, sendo necessária a discussão de estratégias a fim de minimizar as desigualdades, tornando o serviço de APS mais igualitário (Silva *et al.*, 2020).

A maioria das mulheres, 28 (70%), informaram serem cadastradas naquela UBS por dez anos ou mais, o que comprova formação de vínculos e baixa rotatividade das usuárias entre diferentes Equipes da Estratégia Saúde da Família (EqES), reforçando o atributo essencial de logitudinalidade como um princípio da APS. De acordo com Baratieri e Marcon (2011), a longitudinalidade do cuidado consiste no contato terapêutico de longo prazo entre usuário e profissionais de saúde e deve ser orientado pela confiança e responsabilidade entre profissional e usuário.

No que tange à acessibilidade e à utilização dos serviços de APS, 27 (68%) usuárias informaram que vão caminhando para a UBS e 29 (73%) demoram menos de dez minutos no trajeto. Essa proximidade e tempo desprendido pelas usuárias para acessar a UBS é consequência da territorialização como ferramenta para planejamento das ações de saúde do SUS, facilitando a identificação dos problemas de saúde ligados a fatores ambientais, sociais, econômicos e demográficos de determinadas áreas, sendo capaz de promover uma relação de vinculação e pertencimento entre a população e os serviços (Faria, 2020).

A pandemia de covid- 19 surgiu como um fator determinante de acesso aos serviços de APS quando observamos que 18 (45%) usuárias declararam frequentar a UBS de duas a cinco vezes por ano e apenas

4 (10%) informaram acessar a UBS apenas uma vez por ano antes da pandemia. Já ao serem questionadas sobre a frequência de acesso à UBS após o início da pandemia de covid-19 no Brasil, em março de 2020, o número de mulheres que alegaram frequentar a UBS apenas uma vez por ano subiu para 16 (40%), o que comprova uma diminuição de acesso das usuárias desde o início da pandemia. De acordo com o Medina *et al.* (2020), as atividades de rotina da APS devem ser readequadas para o tempo de pandemia, levando em consideração sua longa permanência e preservando a ação preventiva que a APS exerce nas comunidades e, desse modo, o uso de tecnologias de comunicação é uma ferramenta segura no sentido de dar continuidade no tratamento das usuárias.

Desse modo, ao serem questionadas sobre as visitas dos agentes comunitários de saúde (ACS), 15 (37%) usuárias revelaram que recebiam visitas mensalmente antes da pandemia e que, após o início da pandemia, perderam contato com os ACS ou realizam contatos esporádicos via celular. Conforme o Guia Orientador da APS no Enfrentamento a Pandemia (Brasil, 2012; CONASEMS, 2020), os ACS, por meio do seu trabalho *in loco*, têm papel relevante no incentivo a medidas de prevenção de contágio, ações que, feitas de maneira segura, são fundamentais para a garantia da utilização dos serviços de saúde, promovendo a integração entre as EqSF (Equipes de Saúde da Família), as mulheres e suas famílias. Com o decorrer da pandemia de covid-19, se observou um impacto significativo que a perda de segmento tem gerado em relação aos agravos crônicos, prevenção de doenças como tuberculose, doenças sexualmente transmissíveis, transtornos mentais, obesidade, diabetes entre outros agravos (Moreno *et al.*, 2020).

Analisando as Dimensões de Acesso Através das Vozes das Mulheres Usuárias da APS

Através dos relatos das usuárias, foi possível identificar as dimensões de acesso conceituadas por McIntyre e Mooney (2007), "Disponibilidade", "Aceitabilidade", "Capacidade de Pagamento" e "Informação", esta última surgindo como uma dimensão que perpassa pelas demais. A dimensão Disponibilidade foi a que surgiu mais comumente durante as falas das usuárias, seguida por Aceitabilidade, Capacidade de Pagamento e Informação, como a menos identificada entre as falas.

Disponibilidade: a garantia dos serviços de saúde "no lugar certo e na hora certa"

A Disponibilidade, definida como a dimensão que identifica se os serviços de saúde estão disponíveis adequadamente no lugar e momento necessários, surge nas falas das usuárias em diversos contextos (McIntyre; Mooney, 2007). A UBS foi apontada em diversos momentos como o lugar provedor de transporte de usuários encaminhados para outros serviços de saúde em municípios de maior porte.

Em estudo sobre o encaminhamento de usuários da APS a serviços especializados na região Sul do Brasil, foi identificado que, embora os médicos da APS utilizem os protocolos disponíveis para encaminhamento dos pacientes, se viam necessárias adequações devido à incapacidade dos protocolos em sanar os problemas da APS no que se refere à resolutividade, devido a ações muitas vezes limitadas e recursos diagnósticos escassos (Bernardino Junior *et al.,* 2020). Nesse sentido, sugere-se a ampliação de investimento em rede física e na capacidade de pessoal, a fim de se aumentar o espectro resolutivo da APS e evitar a peregrinação em busca de atendimento especializado (Garnelo *et al.,* 2018).

Nesse mesmo sentido, foi unanimidade em todos os municípios os relatos de usuárias que necessitam fazer deslocamentos intermunicipais para realização da mamografia devido à indisponibilidade do exame em seus municípios de residência. Por ser considerada como o método mais eficaz de rastreamento do câncer de mama e a alta incidência da doença, a mamografia deve ser garantida às usuárias do SUS, porém as usuárias relataram que esse deslocamento, por muitas vezes, foi motivo para que elas deixassem de fazer o rastreamento, mesmo quando indicado pelos médicos da APS. Quando questionadas sobre a realização da mamografia, usuárias relataram a demora entre a solicitação e a realização do exame como uma barreira de disponibilidade.

Para Villar *et al.* (2015), a falta de equipamentos de diagnósticos no território e nas localidades próximas de moradia das usuárias consiste-se em uma barreira na garantia do acesso à realização de exames preventivos do câncer de mama. Além disso, Castro *et al.* (2020) revelam, por meio dos seus achados, que mesmo a APS exercendo papel de ordenadora da atenção em prevenção ao câncer de mama, há limitações em relação à coordenação do cuidado, na medida em que os profissionais não conseguem

garantir o vínculo com as mulheres, além de alegarem haver fragilidades no processo de organização de uma linha de cuidados que garanta à usuária atenção integral com diagnóstico e tratamento oportuno.

Não somente o tempo de espera para solicitação dos exames diagnósticos surgiu como barreira de acesso pelas usuárias, mas também a demora da divulgação dos resultados dos exames. Em pesquisa realizada com médicos que atuam na APS (Figueiredo *et al.,* 2017), a disponibilização de resultados dos exames em tempo hábil surgiu como uma ferramenta fundamental para o tratamento do câncer de mama. Porém, através das falas das usuárias, foram observadas lacunas no prazo para divulgação desses resultados, o que pode ter resultado em agravos na saúde delas, conforme observado no depoimento:

> Primeiramente eu fiz um exame nesse posto, e demorou, acho que demorou 7 meses pra chegar meu preventivo e quando chegou meu problema já estava no NIC III e... eu acho assim, que foi é... responsabilidade do posto, né? (ME – PC)

Outro ponto também apresentado pelas usuárias como uma barreira de acesso refere-se à disponibilidade do profissional médico nas UBS, mesmo nos relatos entre aquelas residentes da zona urbana. A ausência total do profissional médico ou a presença limitada à algumas vezes por mês foi comumente citada pelas usuárias residentes das zonas rurais. Para Garnelo *et al.* (2018), além de estarem distribuídos de forma mais esparsa no território, a população rural enfrenta dificuldades no acesso devido à limitação das EqSF em manter a rigidez de suas programações, sugerindo uma reorganização das rotinas da APS a fim de propiciar maior flexibilidade e sensibilidade com as demandas da população rural.

A escassez de médicos com habilidades para atuar na APS tem sido frequente, devido a preferência deles em atuar em áreas urbanas, o que constitui um dos fatores que prejudicam a universalização do acesso a saúde (Tesser; Norman; Vidal, 2018).

Esse é um fenômeno observado não apenas no Brasil, mas em outros países, como Canadá e Inglaterra, que vêm desenvolvendo estratégias para suprir a carência de profissionais por meio da adoção de novas profissões de saúde, a exemplo dos assistentes de médicos, visando proporcionar maior equidade e qualidade na prestação de serviços, além de estratégias

de estímulo de envio de médicos para regiões de difícil acesso (Girardi *et al.,* 2017). A partir dos relatos das usuárias, é identificado que a frequente rotatividade dos profissionais de medicina na APS tem gerado efeitos nocivos na garantia do vínculo e da longitudinalidade da assistência.

Essa realidade evidencia a necessidade de estratégias que estruturem um plano de carreira no SUS, como a ocupação das vagas para os profissionais de saúde, notadamente o profissional médico, a fim de preencher esses vazios, conforme indicado por uma das participantes. Como exemplo, o Programa Mais Médicos, que surgiu com o objetivo de amenizar a carência de médicos, sobretudo no âmbito da APS, com efeitos positivos na expansão de vagas de graduação e residência em medicina, assim como mobilização de mais recursos para as estruturas das UBS (Mourão Netto *et al.,* 2018). Além disso, são bem-vindas estratégias de fortalecimento da autonomia do papel do profissional enfermeiro na APS, para que atuem desde a liderança e coordenação da equipe até ações propriamente preventivas e curativas (Ferreira; Périco; Dias, 2018).

A adequação entre o horário de abertura das UBS e a necessidade dos usuários também é considerada como uma dimensão de disponibilidade de acesso (McIntyre; Mooney, 2007). Porém, de acordo com O'Malley (2013), aproximadamente 65% das consultas em urgência hospitalar ocorrem entre às 17 horas e 8 horas da manhã e aos finais de semana, o que normalmente são os horários que as UBS estão fechadas, o que configura uma barreira de acesso aos cuidados dos usuários. As participantes do estudo pontuam falas sobre esse desencontro entre a necessidade por atendimento de saúde e o horário de funcionamento.

Segundos as usuárias participantes deste estudo, a necessidade de marcação de consultas mediante a distribuição de fichas ou cotas em horários delimitados foi apresentada como uma barreira de acesso que atinge profundamente as mulheres, por não terem com quem deixar seus filhos.

Com o intuito de diminuir o risco da segmentação do cuidado, além de ser uma forma de amenizar a sobrecarga dos outros níveis de atenção em saúde, o atendimento em horário estendido é uma forma de garantia para que a usuária não tenha seu acesso aos serviços de APS prejudicado. Em caráter excepcional, para o enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente da covid-19, o Ministério da Saúde ofereceu apoio para o funcionamento de horário estendido das Unidades de Saúde da Família

(USF) ou UBS no Brasil. Todavia, os autores Almeida e Pereira (2020) destacam a necessidade de ampliação do contingente de trabalhadores e/ou a readequação da remuneração dos funcionários, de modo a evitar uma sobrecarga laboral.

Aceitabilidade: ferramenta de análise das relações no acesso aos serviços de APS

A Aceitabilidade, definida pelo grau de adequação entre as atitudes dos prestadores de serviços e os indivíduos, foi a segunda dimensão de acesso mais presente nos relatos das usuárias. Essa dimensão surge em decorrência das expectativas mútuas dos provedores e usuários em relação a cordialidade, escuta ativa, sugestões de alternativas de tratamento e, até mesmo, em relação à organização dos serviços de saúde (McIntyre; Mooney, 2007). Travassos (2008) reforça que a falta de confiança no sistema de saúde, assim como o respeito mútuo entre prestadores e usuários, se configura em barreiras ao acesso.

Desse modo, a Aceitabilidade não é determinada apenas por fatores intrínsecos aos indivíduos, como sexo, idade, crenças, status socioeconômico, mas também pelas relações e expectativas entre o prestador de serviço e os usuários. Arruda e Bosi (2017) revelam que a cordialidade de tratamento pelos membros das equipes apresentou-se mais relevante que a qualidade técnica no que se refere ao julgamento da qualidade da Estratégia da Saúde da Família (ESF) pelos usuários. O mesmo foi observado entre as falas das participantes deste estudo.

A falta de afinidade, ou até mesmo o desconforto do atendimento prestado pelo profissional de saúde do sexo masculino, surgiu entre os relatos dessa pesquisa, como barreira de acesso em atendimentos sem um bom acolhimento por ginecologistas e em coleta de preventivos por profissionais do sexo masculino.

Santos (2018) destaca que a afinidade interpessoal age como fortalecedor da empatia e da relação de confiança entre o profissional de saúde e o usuário. Quando essa afinidade é perdida, consequentemente o vínculo longitudinal, um dos dispositivos mais potentes do cuidado na APS, também é afetado, o que foi reforçado pelos relatos desse estudo.

O acolhimento foi por vezes mencionado para além da afinidade dos usuários e prestadores de serviços, mas também para explicitar

as orientações e organização do serviço. Uma pesquisa revela que os usuários relacionam o acolhimento não apenas ao bom atendimento, mas também ao direcionamento para consultas médicas, fornecimento de medicamentos e resolução de problemas de saúde (Coutinho; Barbieri; Santos, 2015).

Embora a maior atuação do enfermeiro na APS venha sendo estimulada como proposta de um novo modelo de assistência, menos focado na doença e na cura, mas sim na integralidade do cuidado, prevenção de doenças e promoção de saúde e qualidade de vida (Ferreira; Périco; Dias, 2018), observou-se a falta de confiança e segurança das usuárias em relação aos cuidados prestado pelos profissionais, com destaque aos profissionais de enfermagem e o médico generalista. Já em outros momentos, a falta de segurança das usuárias se deu devido a própria organização do serviço.

As usuárias reforçam que os atributos da APS, quando garantidos no processo de cuidado, têm o papel de suprir as barreiras de acesso também no que diz respeito à aceitabilidade, isso ocorre por meio do primeiro contato, a fim de promover a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema de saúde; da longitudinalidade, através de uma relação colaborativa e humanizada entre equipe, usuários e família; do reconhecimento dos problemas biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo, garantindo a integralidade do cuidado; além da coordenação, implicando a garantia da continuidade da atenção (Lavras, 2011). Desse modo, reforça-se que o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e as usuárias por meio da convivência, troca de afetos e confiabilidade técnica e organizacional tem papel fundamental no estabelecimento de confiança no processo de produção do cuidado (Souza *et al.,* 2010).

Capacidade de Pagamento: até que ponto é garantida a gratuidade da APS?

Analisada pelo grau de adequação entre os custos de utilização dos serviços de saúde e os indivíduos, a Capacidade de Pagamento, é uma dimensão de acesso que engloba os custos diretos dos atendimentos de saúde, além dos custos de saúde indiretos como, transporte, perda de rendimento e produtividade em decorrência do tempo gasto para acessar os serviços de saúde, elegibilidade para recebimento de benefício governamental, dentre outros (McIntyre; Mooney, 2007).

Em diversos relatos, o SUS surgiu como a única garantia de acesso aos serviços de saúde, principalmente, devido ao seu caráter gratuito e universal, seja pelo acesso a atendimentos médicos, exames diagnósticos, vacinação e distribuição de medicamentos.

Embora a gratuidade do SUS seja uma garantia constitucional, essa apresenta limites no que diz respeito à garantia de acesso, comumente observado em relação a procedimentos de alto custo e aos atendimentos especializados. Isso foi possível identificar neste estudo, principalmente em relação a realização de exames para diagnóstico de cânceres ginecológicos ou realização de consultas ou exames pré-natal.

Conforme observado nos relatos apresentados, o pagamento direto pelo usuário (*out-of-pocket payment*), principalmente para realização de procedimentos de alto custo, tem se tornado comum e defendido por correntes políticas e econômicas, a fim de minimizar o impacto dos gastos públicos, visando a participação direta dos usuários no custeio dos seus gastos com saúde. Porém, pesquisa do IBGE (2019) comprova que a maioria dos cidadãos que utilizam apenas o SUS, entre 70% a 75%, é composta pela classe média baixa, a massa trabalhadora formal e informal e pessoas com as mais diversas vulnerabilidades. Mais de 60% das usuárias que dependem exclusivamente do SUS são negras, estando sujeitas às condições de desigualdades e às situações que permeiam o racismo estrutural e institucional que, historicamente tem marcado a formação da sociedade brasileira, com atravessamentos importantes no financiamento e impactos no acesso aos serviços saúde.

Sendo assim, a adoção do método de copagamento para os usuários do SUS implicaria em consequências graves na equidade do acesso ao sistema de saúde brasileiro, como o que já vem sido observado em outros países, a exemplo dos Estados Unidos da América (Holst *et al.,* 2016). Seguindo essa lógica, há uma movimentação no sentido de que o financiamento público da saúde se enfraqueça para dar lugar à redução de gastos diretos por meio da compra de seguros de saúde privados ou subsídios a demanda para a população economicamente desfavorecida (Giovanella *et al.,* 2018; Turino *et al.,* 2020).

O tempo desprendido para se conseguir agendar ou até mesmo utilizar o serviço de saúde surgiu como necessidade para que as usuárias optassem pela realização do pagamento direto de seus procedimentos:

> Se eu quiser fazer um exame igual ao que eu estou precisando para a coluna, eu vou ter que pagar. Do joelho não foi pago, e demorou dois anos, se tiver que morrer, morre né? (M – JN)

Embora o SUS garanta acesso universal e gratuito a seus usuários, na prática, encontra-se no Brasil um sistema híbrido público-privado, o que, de acordo com Santos (2018), deu origem ao jargão "SUS pobre para os pobres e complementar segmentado para os consumidores dos planos privados". Nesse mesmo sentido, foram observadas diferentes situações que as usuárias optaram pelo atendimento privado, por meio de pagamento direto ou planos de saúde complementares, quando o acesso aos serviços ofertados do SUS foram negados ou dificultados.

Porém, devido a limitação econômica da maioria da população SUS dependente, essa não é uma realidade em todos os municípios, seja no âmbito nacional ou mesmo regional, fazendo que o caráter de gratuidade do SUS seja a principal garantia de acesso dessas usuárias aos serviços de saúde. Autores acrescentam que o acesso por si só não é garantia de utilização dos serviços e que esse só é obtido quando a busca do usuário por serviço de saúde é exitosa (McIntyre; Mooney, 2007). Nesse sentido, foram identificadas usuárias que declararam não terem sucesso ao buscar os serviços de saúde tanto na APS quanto na rede privada, e isso se deu principalmente devido à incapacidade de pagamento.

A capacidade de pagamento como barreira de acesso foi também identificada no relato das usuárias em relação à incapacidade de custeio de transporte, ou até mesmo na perda de produtividade ou arrecadação financeira devido ao distanciamento de suas atividades laborais. Do mesmo modo, estudo realizado em cinco diferentes regiões de saúde no Brasil identificou o custo e o tempo gasto com transporte como a barreira de acesso mais comum na busca pelos serviços de saúde em três das cinco regiões investigadas (Oliveira *et al.,* 2019).

O relato das usuárias do presente estudo também revelou situações em que a ausência da usuária no trabalho configura-se em barreira de acesso, principalmente, devido aos gastos e a perda de proventos em decorrência desse deslocamento. De acordo com Costa *et al.* (2014), isso se solucionaria através de um trabalho multiprofissional, modelo de redes de cuidado e melhor articulação dos níveis assistenciais do SUS, resultando

em maior resolubilidade dos problemas de saúde da população adstrita na própria UBS.

Informação: garantia de comunicação entre as usuárias e à APS

A Informação, necessária em todas as dimensões de acesso, é considerada como o "grau de adequação entre o sistema de saúde e os fatores individuais de acesso" (Thiede; McIntyre, 2008). Segundo Thiede, Akewengo e McIntyre (2005), estar bem informado é o resultado positivo do processo de comunicação entre o sistema de saúde e seus clientes.

Foram observadas, por meio dos relatos das usuárias, carência de informações sobre a disponibilidade de serviços ofertados exclusivamente para mulheres, como disponibilidade de exames diagnósticos de cânceres ginecológicos, com destaque para a mamografia, educação em saúde para mulheres em relação menopausa, educação sexual e serviços de apoio à mulher vítima de violência.

Embora a APS tenha uma posição privilegiada, com maior proximidade da população e habilidade em proporcionar maior alcance das ações de prevenção de doenças como o câncer de mama, a ausência de informação sobre a necessidade e disponibilidade de rastreamento, a exemplo da mamografia, demonstra uma falta de sincronia entre as campanhas executadas na APS, que muitas vezes estão limitadas a um período do ano. Essa perda de oportunidade de acesso ao rastreamento e ações preventivas geram uma consequência desfavorável no que concerne a prevenção precoce de doenças (Cunha *et al.,* 2019).

A informação também esteve atrelada à aceitabilidade das usuárias em relação aos prestadores de serviço. O vínculo com a equipe por diversas vezes se fundiu com o grau de acesso percebido pelas usuárias.

Pesquisa de Johnson *et al* (2008) comprova que a dignidade e o respeito refletem aos usuários a percepção de que estão sendo mais ouvidos em relação às suas crenças e características culturais. Nesse sentido, o compartilhamento de informações amplas, oportunas e fidedignas implicam em uma comunicação não enviesada entre a equipe de saúde e as usuárias, possibilitando a elas maior participação no processo decisório de saúde (Johnson *et al.,* 2008). Porém, profissionais de saúde revelam que inúmeros fatores dificultam essas atividades, dentre eles o processo

de gestão municipal e o processo de trabalho dos profissionais, tanto na execução como na priorização das demandas (Silva *et al.,* 2015).

A condução de ações de educação em saúde foi identificada pelas usuárias como incentivo na maior utilização do serviço, o que entra em consonância com o princípio de integralidade, que deve ser garantido não apenas por meio das práticas curativas e assistenciais dos profissionais de saúde, mas também, por ações preventivas, como a educação em saúde (Falkenberg *et al.,* 2014).

Segundo estudo de Silva *et al.* (2015), apenas a oferta de estratégias educativas, como palestras, não se mostra eficaz, devido a forma unidirecional que foram executadas, por meio de informações meramente técnicas que privilegiam a hegemonia do conhecimento científico como único e verdadeiro, sem participação ativa da comunidade que, por vezes, exerce apenas o papel de receptora das informações. O que pode ser superado por meio da escuta reflexiva e da conduta profissional alinhada com as demandas psicossociais e culturais, em uma relação horizontal entre prestadores de cuidado e as usuárias (Borges; Porto, 2014).

Ainda, a fim de destacar a importância da informação em todas as dimensões de acesso, a falta de informação foi considerada, por uma usuária entrevistada para este estudo, como o motivo que a faria buscar serviços de saúde privado, o que vai contra as diretrizes do governo, que institui a garantia à informação sobre os serviços de saúde para todas as pessoas por meio de linguagem e meios de comunicação adequados (Brasil, 2011a). Desse modo, os usuários devem ter acesso à informação sobre os seus direitos à saúde e o funcionamento dos serviços de saúde devem divulgados por diversos meios de comunicação, no próprio serviço de saúde de forma visível, com informações sobre os responsáveis pelo serviço, horários de atendimento e ações e procedimentos disponíveis de forma clara e compreensiva por toda e qualquer pessoa (Brasil, 2011a).

Dentre as várias consequências decorrentes da falha desse processo, os gastos econômicos diretos ou indiretos representam um fardo para as famílias, o que, somado à falta de retaguarda terapêutica, principalmente na oferta de serviços especializados, enfraquecem o nível de coordenação da APS, que se configura como um ponto central para a organização das redes de atenção em saúde (Almeida *et al.,* 2016).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados apresentados neste estudo apontam as percepções de mulheres usuárias da APS no que se refere ao acesso e a utilização dos serviços de saúde. Tanto o acesso quanto a utilização dos serviços da APS por essas mulheres, que em sua maioria são negras, de baixa escolaridade e com baixo poder socioeconômico, foram, por vezes, relatados sob a influência de marcadores sociais de gênero, socioeconômico, de local de moradia, raça/ cor e até mesmo faixa etária.

A fragmentação dos serviços da rede de saúde surgiu como uma barreira de acesso em decorrência da deficiência na disponibilidade de serviços e consequente encaminhamento das usuárias da APS para serviços especializados, fazendo com que as UBS fossem, por vezes, vistas pelas usuárias apenas como um lugar burocrático de baixa resolutividade. Ao mesmo tempo, o SUS aparece como a única ou principal forma de acesso e utilização dos serviços de saúde, principalmente pelo seu caráter de gratuidade e capilaridade nas comunidades.

A percepção das usuárias em relação ao atendimento e a organização dos serviços de APS foi influenciada tanto positivamente quanto negativamente pelas relações interpessoais entre os prestadores de serviço e as usuárias. Os dados revelaram que o acesso aos serviços são intimamente influenciados por fatores relacionados à aceitabilidade das usuárias, que vão desde a longitudinalidade da atenção, por meio do vínculo entre profissional de saúde e usuária, à comunicação, à organização do serviço, à categoria profissional e, até, ao sexo do profissional prestador de cuidado de saúde. Além disso, questões relacionadas à morosidade e às falhas de oferta de serviços de saúde e informação influenciaram na capacidade de pagamento das usuárias direta e indiretamente, em decorrência de perda de dias de trabalho ou tempo de deslocamento para se obter o acesso e utilização dos serviços na própria APS ou encaminhamento à rede especializada.

Tendo em vista esse contexto, as equipes que atuam na APS devem dispor de instrumentos e habilidades que promovam o acesso das usuárias levando em consideração suas necessidades. Por serem as mulheres as que mais utilizam esses serviços e por esses serem socialmente conhecidos como “locais para mulheres”, acredita-se que conhecer como

esses locais têm sido acessados e utilizados por elas constitui-se em uma importante ferramenta no propósito de promover ações que ampliem o acesso à APS.

Essas ações podem ser impulsionadas de diversas maneiras, como a desburocratização da rede de cuidado, adequação nos horários de funcionamento das UBS, ampliação e melhoria na comunicação entre os prestadores de serviços e usuárias, flexibilização das agendas de oferta de serviço, estímulo à composição de equipes multiprofissionais, melhoria nos protocolos e processos de encaminhamento para serviços especializado, dentre outras inúmeras ações que, exercidas sob a luz dos atributos da APS, têm plena capacidade de melhorar o acesso das mulheres a uma APS fortalecida. Medidas essas que se fazem necessárias, principalmente, no contexto de crise política e econômica, que tem resultado em ameaças à universalidade do SUS, à garantia do direito à vida e à cidadania, princípios que orientam o SUS e sobremaneira as políticas de promoção do acesso das mulheres aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. P. S. C.; NUNES, B. P.; DURO, S. M. S.; LIMA, R. C. D.; FACCHINI, L. A. Falta de acesso e trajetória de utilização de saúde por idosos brasileiros. **Cienc. Saúde Coletiv.,** v. 25, n. 6, p. 2213-2226, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.27792018 .

ALMEIDA, E. R.; PEREIRA, F. W. A. Ampliação e flexibilização de horários na APS: análise das experiências do Prêmio APS Forte. **APS em Revista.,** v. 2, n. 3, p. 240-244, 2020. DOI: https://doi.org/10.14295/aps.v2i3.147.

ALMEIDA, P.; SANTOS, A.; SANTOS, V.; SILVEIRA FILHO, R. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde Soc.**, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902016153295 .

ARRUDA, C. A. M.; BOSI, M. L. M. Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil. **Interface** (Botucatu), v. 21, n. 61, p. 321-32, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0479 .

BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Longitudinalidade do cuidado: compreensão dos enfermeiros que atuam na estratégia Saúde da Família. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, n. 802-810, 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70; 2011.

BERNARDINO JUNIOR, S. V.; MEDEIROS, C. R. G.; SOUZA, C. F.; KICH, J.; ALVES, A. M.; CASTRO, L. C. Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate,** v. 44, n. 126. P. 694-707, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608 .

BORGES, S. A. C.; PORTO, N. P. Por que os pacientes não aderem ao tratamento? Dispositivos metodológicos para a educação em saúde. **Saúde Debate**, v. 38, n. 101, p. 338-346, 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140031 .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Ministério da Saúde. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf. Acesso em: 7 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ):** Manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. Acesso em: 07 Oct 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf. Acesso em: 12 Oct. 2023.

BRASIL. **Recomendações do Ministério da Saúde para rastreamento do câncer de mama.** Instituto Nacional do Câncer (INCA); 2019. Disponível em: https://www.inca.gov.br/noticias/confira-recomendacoes-do-ministerio-da-saude-para-o-rastreamento-do-cancer-de-mama Acesso em: 14 Oct. 2023.

CASTRO, C. P.; SALA, D. C. P.; COSTA ROSA, T. E.; TANAKA, O. Y. Atenção ao Câncer de Mama a partir da suspeita na Atenção Primária à saúde nos municípios de São Paulo e Campinas. **Cien. Saúde Colet.**, v. 27, n. 02, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.42012020 .

CELIN, J. L. Imigração italiana no Espírito Santo: aspectos históricos e sinais contemporâneos. **Revista GeoNordeste**, São Cristóvão, ano XXX, n. 3, p. 56-75, jul./dez. 2019. DOI: 10.33360/RGN.2318-2695.2019.i3.p.56-75 .

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde). **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Brasília, 2020. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/download/7996/.

COSTA, J. P.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; PAULA, M. L.; BEZERRA, I. C. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate,** v. 38, n. 103, p. 733-743. 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067.

COUTINHO, L. R. P.; BARBIERI, A. R.; SANTOS, M. L. M. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 514-524, 2015. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002018.

CUNHA, G. N.; VIANNA, C. M. M.; MOSEGUI, G. B. G.; SILVA, M. P. R.; JARDIM, F. N. Rastreamento do câncer de mama: modelo de melhoria do acesso pelo uso de mamógrafos móveis. **Rev. Panam Salud Publica**, n. 43, e19, 2019. DOI: https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2019.19 .

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, 2014. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013 .

FARIA, R. M. A territorialização da Atenção Básica à Saúde do Sistema único de Saúde do Brasil. **Ciência Saúde Colet.,** v. 25, n. 11, p. 4521-4530, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320202511.30662018 .

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. G. F. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Rev Bras Enferm.**, v. 71, Supl 1, p. 704-9, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471 .

FIGUEIREDO, M. F. S.; BORÉM, L. M. A.; VIEIRA, M. R. M.; LEITE, M. T. S.; RODRIGUES NETO, J. F. Solicitação de exames de apoio diagnóstico por médicos na Atenção Primária à Saúde. **Saúde Debate**, v. 41, n. 114, p. 729-740, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104201711405 .

GARNELO, L.; LIMA, J.G.; ROCHA, E.S.C.; HERKRATH, F.J. Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S106 .

GIOVANELLA, L.; MENSONZA-RUIZ, A.; AMAND, P. A. C.; CANTANHÊDE, R. M.; BRANCO, M. G.; SOARES, S. I. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018 .

GIRARDI, S. N.; STRALEN, A. C. S. V.; LAUAR, T. V.; CELLA, J. N.; ARAÚJO, J. F.; PIERANTONI, C. R. Escopos de prática na Atenção Primária: médicos e enfermeiros em cinco regiões de saúde do Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 17, suppl 1, S171-S184, 2017. DOI: https://doi.org/10.1590/1806-9304201700S100008 .

HOLST, J.; GIOVANELLA, L.; ANDRADE, G.; CARRILHO, L. A. Porque não instituir copagamento no Sistema Único de Saúde: efeitos nocivos para o acesso a serviços e a saúde dos cidadãos. **Saúde debate,** v. 40, spe., 2016. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042016S18 .

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua:** algumas características de força de trabalho por cor e raça. Rio de Janeiro, 2019. Disponível em: http://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_continua/Trimestral/Caracteristicas_da_forca_de_trabalho_por_cor_ou_raca/Algumas_caracteristicas_da_forca_de_trabalho_por_cor_ou_raca_2016_04_trimestre.pdf . Acesso em: 19 Out. 2023.

JOHNSON, K.B.; SERWINT, J.R.; FAGAN, L.A.; THOMPSON, R.E.; WILSON, M.E.H.; ROTER, D. Computer-based documentation: Effects on parent-provider communication during pediatric health maintenance encounters. **Pediatrics**, v. 122, n. 3, p. 590-598, 2008. DOI: https://doi.org/10.1542/peds.2007-3005 .

LAVRAS, C. Atenção Primaria à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.,** v. 20, n. 4, p. 867-874. 2011. DOI: https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005.

MCINTYRE, D.; MOONEY, G. **The Economics of Health Equity**. Cambridge (UK): Cambridge University; 2007. DOI: https://doi.org/10.1017/CBO9780511544460 .

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A. E. M.; MENDONÇA, M. H. M.; AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cad. Saúde Pública,** v. 36, n. 8, e00149720, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720 .

MORENO, C.; WYKES, T.; GALDERISI, S.; NORDENTOFT, M.; CROSSLEY, N.; JONES, N.; *et al.* How mental health care should change as a consequence of the COVID-19 pandemic. **Lancet Psychiatry**, n. 7, p. 813-824, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30307-2 .

MOURÃO NETTO, J. J.; RODRIGUES, A. R. M.; ARAGÃO, O. C.; GOYANNA, N. F.; CAVALCANTE, A. E. S.; VASCONCELOS, M. A. S; MENDES, J. A. R.; MOURÃO, A.E. B.. Programa Mais Médicos e suas contribuições para a saúde no Brasil: revisão integrativa. **Rev. Panam Salud Publica**, n. 42, e2, 2018. DOI: https://doi.org/10.26633%2FRPSP.2018.2 .

O'MALLEY, A. S. After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. **Health Aff** (Millwood), v. 32, n., p. 175-83. 2013. DOI: https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0494 .

OLIVEIRA, R.A.S.; DUARTE, C.M.R.; PAVÃO, A.L.B.; VIACAVA, F. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, e00120718, 2019. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00120718 .

PINTO, H. A.; SOUSA, A. N. A.; FERLA, A. A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde Debate.**, v. 38, n. esp., p. 358-372, 2014. DOI: https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S027 .

ROMERO, L. S.; SHIMOCOMAQUI, G. B.; MEDEIROS, A. B. R. Intervenção na prevenção e controle de câncer de colo uterino e mama numa unidade básica de saúde do nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Med. Fam. Comum.**, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. DOI: https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1356 .

SANTOS, L. SUS-30 anos: um balanço incômodo? **Ciência e Saúde Colet.,** v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018 .

SILVA, J. R. A.; LEMOS, E. C.; HARDMAN, C. M.; SANTOS, S. J.; ANTUNES, M. B. C. Educação em saúde na estratégia de saúde da família: percepção dos profissionais. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 28, n. 1, p. 75-81, 2015. DOI: https://doi.org/10.5020/18061230.2015.p75 .

SILVA, N. N.; FAVACHO, V. B. C.; BOSKA, G. A.; ANDRADE, E. C.; MERCES, N. P.; OLIVEIRA, M. A. F. Access of the black population to health services: integrative review. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 73, n. 4, e20180834, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0834 .

SOUZA, K. M. J.; SÁ, L. D.; PALHA, P. F.; NOGUEIRA, J. A.; VILLA, T. C. S.; FIGUEIREDO, D. A. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. Esc. Enferm. USP,** v. 44, n. 4, p. 904-910, 2010. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000400007 .

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H.; VIDAL, T. B. Acesso ao cuidado na Atenção Primaria à Saúde brasileira: atuação, problemas e estratégias de superação. **Saúde Debate**, v. 42, n. spe1, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S125 .

THIEDE, M.; AKEWENGO, P.; MCINTYRE, D. **Explorando as dimensões do acesso**. In: MCINTYRE, D.; MOONEy G. Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p.137-61.

THIEDE, M.; MCINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad. Saúde Pública,** v. 24, n. 5, p. 1168-1173, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500025 .

TRAVASSOS, C. Forum: equity in access to health care. **Cad. Saúde Pública**, v. 24 n. 5, p. 1159–61, 2008. DOI: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000500023 .

TURINO, F.; FILIPPON, J.; SODRÉ, F.; SIQUEIRA, C. E. Reinventing Privatization: A Political Economic Analysis of the Social health Organization Brazil. **International Journal of Health Services,** v. 1, n. 11, 2020. DOI: https://doi.org/10.1177/0020731420961286 .

VESCOVI, J. S.; SCHUELTER-TREVISOL, F. Aumento da incidência de sífilis congênita no estado de Santa Catarina no período de 2007 a 2017: análise da tendência temporal. **Rev. Paul. Pediatr.,** n. 38, e2018390, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018390 .

VIACAVA, F.; OLIVEIRA, R. A. D.; CARVALHO, C. C.; LAGUARDIA, J.; BELLIDO, J. G. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Cienc. Saúde Colet**., v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06022018 .

VILLAR, V. C. F. L.; SOUZA, C. T. V.; DELAMARQUE, E. V.; SETA, M. H. Distribuição dos mamógrafos e dos exames mamográficos no estado do Rio de Janeiro, 2012 e 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 1, p. 105-114. 2015. DOI: http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000100012 .

20

GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA MINARINI
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
PAULA BOURGUIGNON ESTEVES
MICHELLE ANNE DE OLIVEIRA BATISTA SALGUEIRO
MÁRCIA VALERIA DE SOUZA ALMEIDA
CAMILA MEDEIROS CRUVINEL CUNHA
ANGÉLICA ESPINOSA BARBOSA MIRANDA
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

VANTAGENS E DESAFIOS PARA IMPLANTAÇÃO DA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde e o Fundo das Nações Unidas pela Infância lançaram, em 1991, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que tem como objetivo mobilizar profissionais de saúde de maternidades para mudanças em rotinas e condutas a partir do cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (Brasil, 2008).

Incorporada pelo Ministério da Saúde (MS) em 1992, com o apoio das secretarias estaduais e municipais, a IHAC vem capacitando profissionais, realizando avaliações e estimulando a rede hospitalar para o credenciamento. Em dezembro de 2004, entrou em vigor a Portaria nº 756 do Ministério da Saúde, estabelecendo as normas para a habilitação dos Hospitais Amigos da Criança. Além de cumprir os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", sendo necessário que as instituições interessadas em receber o título e manter o credenciamento na IHAC cumpram outras exigências, redefinidas pela Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 (Brasil, 2014).

Estudos apontam que bebês saudáveis nascidos em hospitais Amigo da Criança têm menos risco de intervenções desnecessárias logo após o parto. O contato pele a pele com a mãe logo após o nascimento, a amamentação na primeira hora de vida ainda na sala de parto e o alojamento conjunto foram mais frequentes nessas instituições (Victora *et al.*, 2016; Lamounier *et al.*, 2019).

Os hospitais Amigo da Criança são referência em qualidade e humanização do atendimento durante todas as etapas da gestação, parto e nascimento e período neonatal precoce (UNICEF; WHO, 2017).

Em 2017, o Brasil completou 25 anos da IHAC, com várias conquistas no âmbito das políticas públicas relacionadas à amamentação sendo

alcançadas, no entanto o processo de titulação dos hospitais não foi uniforme. No ano de 2014, o Brasil tinha 323 hospitais credenciados a IHAC, sendo a maioria na região Nordeste e o menor número no Norte do país; e, em 2015, o número de hospitais credenciados subiu para 326. As instituições deparam-se com vários desafios para a implantação da IHAC, dentre eles observa-se a falta de motivação para mudanças nas práticas assistenciais como um fator importante identificado em alguns hospitais. É importante destacar que também é necessário o empenho dos profissionais de saúde e das mães para o cumprimento dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" (Lamounier *et al.*, 2019).

Os "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" definidos pela IHAC são:

> 1) Ter uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de saúde; 2) Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; 3) Orientar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno; 4) Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento do bebê; 5) Mostrar as mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos; 6) Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento tenha uma indicação médica; 7) Praticar o alojamento conjunto: permitir que mãe e bebê permaneçam juntos 24 horas por dia; 8) Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda; 9) Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio; 10) Encaminhar as mães, por ocasião da alta hospitalar, para grupos de apoio ao aleitamento materno na comunidade ou em serviços de saúde (UNICEF, 2008).

O hospital ou unidade de saúde com serviços materno-infantil que esteja interessado em se tornar Amigo da Criança necessita, como primeiro passo, avaliar suas práticas atuais em relação aos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno". Para isso, o responsável do estabelecimento hospitalar deve preencher o Instrumento de Autoavaliação fornecido pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e obter, no mínimo, 80% de aprovação nos critérios globais estabelecidos para cada Passo. Essa avaliação permitirá que diretores e chefes das unidades hospitalares

façam uma estimativa inicial e analisem as práticas que incentivam ou desestimulam a amamentação (UNICEF, 2010).

Para pleitearem essa avaliação, os hospitais necessitam desenvolver uma política (normas e rotinas) escrita que contemple: "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno"; conformidade com o Código Internacional de Substitutos do Leite Materno – Lei 11265/2006 (NBCAL); Cuidado Amigo da Mulher (CAM); e permanência da mãe ou do pai e acesso livre de ambos junto ao recém-nascido (PRN). O hospital também precisa ter comprovantes de compra de fórmulas infantis e produtos relacionados; um plano de capacitações para profissionais que prestam cuidados a mães e bebês nos temas da Política IHAC; lista dos profissionais que prestam cuidados a mães e/ou bebês que receberam capacitações nesses tópicos (com o número de horas de capacitação de cada um desses profissionais); conhecimento das Razões Médicas Aceitáveis para o Uso dos Substitutos do Leite Materno; um Comitê de Aleitamento Materno no âmbito hospitalar para gerenciar as ações da IHAC; e conhecimento da legislação vigente que regulamenta a IHAC no Brasil (Brasil, 2014).

Dessa forma, a instituição que não atender integralmente as exigências receberá orientações para solucionar os eventuais problemas e um prazo para adequação ao cumprimento das normas pendentes. Quando todos os quesitos estiverem cumpridos, é solicitada à Secretaria de Atenção à Saúde a avaliação global e posteriormente entregue a habilitação de Hospital Amigo da Criança em solenidade oficial (UNICEF, 2008, 2010; Brasil, 2014).

Frente a essas questões, este estudo tem como objetivo descrever as vantagens e desafios para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

MÉTODO

Tipo de Estudo

Trata se de uma revisão de escopo conforme proposto por Peters *et al.* (2020). Esse método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e identificar lacunas do conhecimento. Além disso,

pode ser definido como um método de revisão amplo que inclui pesquisas experimentais, não-experimentais e literatura cinza, objetivando o melhor entendimento a respeito de um fenômeno e permitindo o resumo do estado do conhecimento sobre um assunto específico, sinalizando, dessa forma, as lacunas científicas que necessitam ser preenchidas com a execução de novas pesquisas (Peterson *et al.*, 2017).

Questão de Pesquisa e Critérios de Elegibilidade

Para a realização desta revisão, as seguintes etapas foram seguidas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, bem como os objetivos da revisão; estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de artigos para seleção da amostra; definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; avaliação dos estudos incluídos na revisão; interpretação dos resultados obtidos; e, na etapa final, apresentação da revisão. Para direcionar esta revisão, foi aplicada a questão norteadora: "Quais vantagens e desafios para a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança?".

Busca dos Estudos

Realizou-se uma ampla revisão de literatura nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Saúde) e MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DECs) e Medical Subject Headings (MESH) "aleitamento materno" e "política de saúde", além do termo livre "iniciativa hospital amigo da criança", nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados no período de 2011 a 2021. Também foram investigados manuais, diretrizes clínicas e livros textos que tratam da temática. Os critérios para a inclusão dos artigos foram ser artigos originais e possuírem resumos disponíveis nas bases de dados. Como critérios de exclusão, estabeleceu-se: trabalhos apresentados em congressos, cartas ao editor, estudos de reflexão, artigos sobre outros temas e artigos sem resumo disponível.

Seleção dos Estudos

A seleção dos estudos foi feita a partir da análise dos títulos, resumos e textos completos das publicações. Os artigos incluídos na revisão que não estavam disponíveis, inicialmente, nas bases de dados foram obtidos no formato de texto completo no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da pesquisa realizada nas bases de dados, foram encontrados 43 artigos, dos quais 5 eram duplicados. Dos 38 artigos restantes, 12 eram revisões literárias, 2 não possuíam resumo e outros 2 não abordavam a temática da IHAC. Por fim, foi feita a análise de 23 artigos, dos quais: 22 foram publicados em português e 1 em espanhol; 2 foram publicados em 2021, 1 em 2020, 3 em 2018, 1 em 2017, 3 em 2016, 2 em 2015, 1 em 2014, 5 em 2013, 2 em 2012 e 3 em 2011. Esses resultados foram organizados no Quadro 1.

Quadro 1: Síntese dos artigos da revisão de literatura. Vitória, ES, 2022.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2021 Nancy Haydeé Millán Echevarría; Paula Andrea Castro Prieto; Sonia Cristina Fernández Fernández; Gina Paola Arocha Zuluaga.	*Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño en tres instituciones de salud en el Caribe colombiano, bajo la estrategia "Instituciones amigas de la mujer y la infancia integral"* • Estudo qualitativo enquadrado na etnografia, realizado por meio de entrevistas semiestruturadas, cartografia social e grupos focais e dirigido a mães beneficiárias de instituições de saúde priorizadas)	
2021 Talita Balaminut; Sonia Semenic; Laura N. Haiek; Edilaine Giovanini Rossetto; Adriana Moraes LeiteI; Luciana Mara Monti Fonseca; Marialda Moreira Christoffe; Carmen Gracinda Silvan SchiI.	*Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais: impacto nas práticas do aleitamento em prematuros* • Estudo quase-experimental, pré e pós-intervenção com controle. Implementação dessa Iniciativa no hospital intervenção com uso da Knowledge Translation. Coleta da adesão aos "Dez Passos..." adaptados, Três Princípios Norteadores e Código antes e após a intervenção realizadas por entrevistas com mães de prematuros e profissionais, observação das unidades e análise documental nos hospitais intervenção e controle. Realizou-se comparação intra-intergrupos.	- Melhoria a adesão ao Passo 2; - A utilização do método canguru e a implanta eletrônico dessa prática facilitaram a rotina d e impulsionaram sua realização; - Estabilidade clínica como único critério para é possível iniciar a alimentação oral, bem com para a alimentação em semidemanda; - Maior orientação das mães sobre a observa comportamental e dos sinais de fome do bebê no peito; - Inclusão do protocolo de complementação em razões médicas justificadas; - Mudanças nas rotinas de cuidado para não amamentação; - Aprimoramento das práticas clínicas de pr proteção e apoio ao aleitamento materno da famílias dos prematuros nas unidades.

	Desafios
	- A maioria das gestantes/lactantes entrevistadas introduziram algum alimento antes dos 6 meses (observa-se um início muito precoce, menos de um mês de vida), por indicação do profissional de saúde da instituição onde deram à luz ou por pressão social e familiar; - Apesar de reconhecerem os benefícios do aleitamento materno , defendem a necessidade de introduzir outros alimentos (leite de pote, água ou outros alimentos).
ção do registro os profissionais a indicar quando o estratégias ção para posicioná-lo do leite baseado atrapalhar a omoção, equipe e das	- Necessidade de maior treinamento dos profissionais de saúde; - Apresentar instalações de enfermaria canguru, permitindo a realização do contato pele a pele contínuo; - Falta de compreensão dos mecanismos da lactação; - Atraso no início da primeira expressão de leite; - Falta de acesso à informações e equipamentos para a retirada de leite nas unidades; - O protocolo de prevenção da infecção pós-natal por citomegalovírus implantado recomenda não oferecer leite materno cru em prematuros com menos de 30 semanas, o que levando a uma diminuição da oferta de leite materno cru para os prematuros e dos estoques de leite que o Banco de Leite Human recebia das mães dos bebês internados nas UN; - A presença integral das mães/pais com seus filhos internados é afetada pelas restrições impostas pela equipe, especialmente à noite e no período das rondas médicas, pela falta de organização, pela estrutura física inadequada às necessidades das mães e pelas mudanças na reorganização familiar, principalmente quando se tem outros filhos; - A alimentação semidemanda exige a presença contínua da mãe na UN e a corresponsabilização pela alimentação de seu filho, com supervisão, não sendo práticas facilmente realizadas na maioria das UN brasileiras; - As empresas que comercializam substitutos do leite materno acabam exercendo influência em vários níveis hospitalares, enfraquecendo as normas de proteção do AM e dificultando a implantação das diretrizes da IHAC; - O apoio prestado por toda a equipe de saúde foi reconhecido como crucial para a implementação da IHAC-Neo.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2020 Monise Martins da Silva; Sandra de Souza Pereira; Flávia Azevedo Gomes-S-ponholz; Juliana Cristina dos Santos Monteiro.	*Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto* • Estudo qualitativo envolvendo 21 profissionais de saúde de uma maternidade pública, analisados através do método de interpretação de sentidos.	- As orientações fornecidas às mulheres para durante o pré-natal facilitam o início e a man da amamentação; - O parto normal permite que a mulher atue cipante no estabelecimento do contato pele
2018 Osvaldinete Lopes de Oliveira Silva; Marina Ferreira Rea; Sonia Isoyama Venâncio; Gabriela dos Santos Buccini.	*A Iniciativa Hospital Amigo da Criança: contribuição para o incremento da amamentação e a redução da mortalidade infantil no Brasil* • Estimativa do impacto da IHAC na redução da mortalidade infantil com nível de inferência de plausibilidade, utilizando-se dados secundários da II Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno de 2008.	- Redução da mortalidade infantil no Brasil; - Maior prevalência da amamentação na pri vida; - Maior prevalência do aleitamento materno menores de seis meses; - Aumento da probabilidade de AME em m meses, Aleitamento Materno Predominante Hora (AMPH) e qualquer amamentação.

	Desafios
a lactação nutenção como coparti- a pele precoce.	- Efeito de Hawthorne; - Os profissionais desconsideram o protagonismo das mulheres na cena do parto; - Fatores que dificultam a prática imediata do contato pele a pele precoce e, consequentemente, do aleitamento materno: partos cesáreos, vitalidade comprometida do recém-nascido, momentos de vulnerabilidade da mulher, falta de interesse e colaboração dos profissionais, normas nas instituições, número insuficiente de funcionários, infraestrutura deficiente, resistência e despreparo da equipe; - Distanciamento entre a fala dos profissionais e a sua prática efetiva para realização do Quarto Passo da IHAC.
meira hora de o exclusivo em enores de seis e na primeira	- Resistência às mudanças; - Falta de identificação com a Iniciativa; - Problemas com recursos humanos, como a rotatividade de pessoal e a falta de treinamento; - Violações do Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno; - Dimunuição da atenção à essa política ao longo do tempo.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2018 Maria Dalva Barbosa Baker Méio; Letícia Duarte Villela; Saint Clair dos Santos Gomes Júnior; Camilla Morcelli Tovar; Maria Elisabeth Lopes Moreira.	*Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida* • Estudo de coorte para avaliação do crescimento e desenvolvimento aprovada no Comitê de Ética da instituição. Na coorte deste estudo foram incluídos todos os recém-nascidos com idade gestacional menor do que 33 semanas, nascidos na Maternidade do Instituto da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira entre maio de 2005 e outubro de 2010, internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Departamento de Neonatologia e acompanhados no Ambulatório de Seguimento.	- A metodologia Canguru é uma das proposta descritas com resultados efetivos na manuten aleitamento materno em recém-nascidos pré- - Mães que recebem suporte para amamentaç orientações de estimulação da amamentação, internação e após a alta, apresentam uma pro bastante elevada de amamentação no primeir não exclusiva; - Crianças nascidas com baixa idade gestacion aleitamento materno complementado na prir - A orientação durante o pré-natal sobre as va amamentação, o parto vaginal e a gestação a t favoreceram a amamentação dentro da prime
2018 Bárbara Bertolossi Marta de Araújo; Sandra Teixeira de Araújo Pacheco; Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues; Liliane Faria da Silva; Bruno Rêgo Deusdará Rodrigues; Poliana Coeli Costa Arantes.	*Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal* • Estudo do tipo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvida com 15 profissionais da equipe de enfermagem que atuavam na assistência ao bebê prematuro e sua família na unidade neonatal de um hospital universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro (Brasil).	- Ações que possibilitam a participação da mãe do filho contribuem positivamente para a man produção láctea mesmo que a amamentação n naquele momento; - Formação de laços afetivos duradouros quan permite que os pais participem dos cuidados d ao bebê; - Garantia de medidas de proteção do estresse ao bebê quando a mãe a realiza sucção não nutr - O copinho objetiva aumentar a habilidade de efetiva para a amamentação, corroborando par mesma, ainda que haja distanciamento entre o mãe-bebê.

	Desafios
s mais ação do -termo; ção e todas as durante a porção ro mês, mesmo nal recebendo meira consulta; ntagens da ermo eira hora de vida.	- Manter o aleitamento materno nas mães de recém-nascidos pré-termo de idade gestacional abaixo de 33 semanas; - Mães de recém-nascidos pré-termo tem significativamente menor produção de leite nas primeiras 24 horas; - Mulheres submetidas a cesarianas repetidas têm maior dificuldade em iniciarem a amamentação; - A cesariana está associada ao menor volume de leite no quarto dia após o nascimento; - O atraso no início da expressão do leite foi significativamente associado ao uso de fórmula na alta.
e na alimentação utenção da ão seja possível do a equipe lispensados e da dor ritiva; sucção ra o sucesso da binômio	- Educação bancária (determinando o que a mãe deve fazer, como ela deve se sentir e conduzir o cuidado); - Determinar a posição da criança no peito retira da mãe a possibilidade de tentar a melhor posição para ela e seu filho; - Profissionais colocam a mãe como sujeito passivo do projeto de cuidado com o bebê; - Ações verticalizadas e prescritivas visando o atendimento das demandas institucionais em detrimento das necessidades maternas, reforçando as relações de poder dos profissionais de enfermagem em relação às mães.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2017 Patricia Carvalho de Jesus; Maria Inês Couto de Oliveira; José Rodrigo de Moraes.	*Capacitação de profissionais de saúde em aleitamento materno e sua associação com conhecimentos, habilidades e práticas* • Estudo transversal, conduzido no segundo semestre de 2009 nos 15 hospitais com mais de mil partos/ano no município do Rio de Janeiro, que concentravam 94% dos partos ocorridos no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo 7 Hospitais Amigos da Criança e 8 não credenciados na iniciativa.	- Melhoria dos conhecimentos, habilidades profissionais e hospitalares através da capac profissionais de saúde; - Motivação dos profissionais de saúde em a promoção, proteção e apoio ao aleitamento forma ativa.
2016 Amanda Netto; Fabiana Aparecida Spohr; Adriana Zilly; Andrea Ferreira Ouchi França; Sheila Cristina Rocha-Brischiliari; Rosane Meire Munhak da Silva.	*Amamentação na primeira hora de vida em uma instituição com iniciativa Hospital Amigo da Criança* • Estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa, realizado no segundo e terceiro trimestres de 2015, em uma instituição com a IHAC de Foz do Iguaçu, PR, município de Tríplice Fronteira, juntamente com Porto Iguaçu (Argentina) e Cidade de Leste (Paraguai).	- Boa sucção dentre os recém-nascidos que n de parto vaginal e iniciaram a mamada em te igual a uma hora; - Aumento do vínculo e as chances de se obte a amamentação na primeira hora por neonat nasceram de parto vaginal; - Menor sugestão de dificuldade para sucção entre os recém-nascidos que iniciaram a am na primeira hora; - Iniciar a mamada na primeira hora de vida mantém a ocitocina para iniciar o vínculo pr e evitar morbidades maternas relacionadas a pós-parto; - O colostro garante capacidade contra infec para o crescimento e desenvolvimento infan

	Desafios
e práticas citação de tuarem na materno de	- Profissionais com maior tempo de trabalho podem apresentar práticas mais deficientes de orientação; - Capacitação e envolvimento de todas as categorias profissionais na orientação às gestantes e mães sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno; - Orientações discordantes são menos efetivas em estender a duração da amamentação, por trazerem insegurança à cliente; - Consideração e valorização da equipe multidisciplinar, inclusive com a inclusão de staff administrativo.
nasceram empo menor ou er sucesso com tos que o/deglutição amentação libera e ecocemente à hemorragia ções e contribui ntil saudável.	- Dificuldades para incentivar o aleitamento materno na primeira hora de vida; - Muitas mulheres têm deixado de amamentar exclusivamente seus recém-nascidos por aspectos multifatoriais; - Trabalhar com a equipe para realizar mudanças e programar novas práticas essenciais para a mãe e o recém-nascido; - Necessidade de investimentos por parte das instituições hospitalares em políticas que promovam a amamentação na primeira hora de vida.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2016 Ádila Roberta Rocha Sampaio; Aylene Bousquat; Claudia Barros.	*Contato pele a pele ao nascer: um desafio para a promoção do aleitamento materno em maternidade pública no Nordeste brasileiro com o título de Hospital Amigo da Criança* • Estudo transversal, com dados de entrevistas com puérperas durante semana típica de 2014.	- Parto vaginal associado de forma significat pele a pele precoce e ao aleitamento na prim vida dos bebês; - Orientações em relação ao aleitamento ma o pré-natal.
2016 Josilene Maria Ferreira Pinheiro; Taiana Brito Menêzes; Kátia Maria Fernandes Brito; Andressa Názara Lucena de Melo; Dayanna Joyce Marques Queiroz; Thaiz Mattos Sureira.	*Prevalência e fatores associados à prescrição/solicitação de suplementação alimentar em recém-nascidos* • Estudo do tipo transversal, realizado com 113 díades mãe e filho de um hospital universitário com o título de "Amigo da Criança", no período de agosto de 2012 a fevereiro de 2013. A partir de um questionário estruturado, foram coletadas informações sociodemográficas, antecedentes obstétricos, condições de nascimento da criança, características do suplemento e prescritores.	

	Desafios
iva ao contato eira hora de terno durante	- Enorme discrepância entre as evidências científicas mais atuais e a prática clínica rotineira das maternidades; - Nordeste: mesmo com a IHAC instalada e consolidada, são poucos os bebês que têm a chance de serem amamentados na primeira hora de vida; - Alta proporção de não cumprimento do Quarto Passo da IHAC quando da realização de cesárea; - A prática abusiva de cesáreas no Brasil é um problema complexo e multifatorial; - Menos da metade das puérperas foi orientada para a prática da amamentação na primeira hora de vida; - Ausência da incorporação dos preceitos de humanização da assistência; - As práticas educativas do pré-natal são deficientes tanto na Atenção Básica como nos centros de referência; - O instrumento de avaliação para obtenção e manutenção do título de HAC não são capazes de captar a realidade das instituições; - Excesso de intervenções; - Submissão feminina.
	- Alta frequência de indicação de suplemento alimentar em alojamento conjunto para o recém-nascido; - Parto cesárea como um dos fatores adversos para o aleitamento na primeira hora de vida; - Retardo no contato mãe-filho; - Tempo decorrido para o início da amamentação; - Dor pós-cirurgia; - Preocupação e estresse materno; - Uso de medicação; - Nível educacional das mães; - Existência de amamentação anterior; - Intenção da mãe em amamentar; - Percepção da equipe de enfermagem sobre o descanso das mães; - Prescrição/Solicitação de suplemento nas primeiras 6 horas de vida, sem que o recém-nascido estivesse apresentando qualquer uma das indicações ou condições que impossibilitassem o contato pele a pele e a amamentação; - Equipe de enfermagem responsável pelo maior número de solicitações, sendo que as Normas Básicas para Alojamento Conjunto e as Normas Brasileiras para Comercialização de Alimentos para lactentes e primeira infância vedam ao profissional médico ou nutricionista, de forma individualizada e criteriosa, a prescrição de fórmula láctea; - Número reduzido de profissionais; - Jornada de trabalho extenuante; - Profissionais em final de carreira; - Uso da fórmula nas 72 primeiras horas de vida associado ao desmame precoce.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2015 Marcos Benatti Antunes; Graziela Formaggi Lara Carvalho; Sandra Marisa Pelloso; Ieda Harumi Higarashi; Sueli Mutsumi Tsukuda Ichisato.	*Fatores associados aos impedimentos para a amamentação precoce: estudo descritivo* • Estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa, realizado com 40 gestantes em trabalho de parto no período de julho a outubro de 2013.	- Mudanças significativas e necessárias nas tax de início quanto de duração da amamentação, culturais, estruturais, tecnológicas e de gestão - Reforço do aleitamento materno exclusivo; - Redução da mortalidade infantil; - Estreitamento nas relações mãe e bebê; - Aprimoramento do conhecimento dos profis o tema; - Reconhecimento das mães pelo trabalho de e hospitalar; - Gestantes submetidas ao parto normal tivera de iniciar a amamentação precoce; - Permitir que o bebê seja encaminhado junto alojamento conjunto quando não apresentar r
2015 Adriana Passanha; Maria Helena D'Aquino Benício; Sônia Isoyama Venâncio; Márcia Cristina Guerreiro dos Reis.	*Influência do apoio ao aleitamento materno oferecido pelas maternidades* • Estudo transversal, com amostra representativa de 916 crianças com menos de seis meses nascidas em maternidades, em Ribeirão Preto, SP, em 2011.	- Estabelecer grupos de apoio à amamentação bicos artificiais a crianças amamentadas aume respectivamente, as prevalências de aleitame predominante (AMP) e de aleitamento mater (AME) em crianças menores de seis meses; - Vivenciar os "Dez Passos..." pode diminuir a interrupção precoce de amamentação; - A prevalência de AMP aumentou quanto ma de passos cumprido; - Mesmo nos partos cesáreos, o contato pele a ocorrer se a equipe do hospital estiver bem tre sensibilizada; - Não aceitar doação de substitutos do leite m empresas alimentícias favorece a amamentaç e sob livre demanda no ambiente hospitalar; - Não oferecer bicos artificiais a crianças amar aumentou significativamente a prevalência d - O cumprimento do Passo 9 indicou o aument de AME; - O cumprimento do Passo 10 indicou o aume prevalência de AMP; - A prática de AMP mostrou impacto positivo da mortalidade infantil.

	Desafios
xas tanto bem como de pessoas; ssionais sobre equipe am mais chances à mãe ao iscos.	- Embora os contatos visual e físico tenham sido propiciados, a amamentação na primeira hora continua sendo precária; - A maioria dos casos não tinha motivos para justificar a não realização do Quarto Passo; - Distanciamento das rotinas estabelecidas pelo hospital com o modelo proposto pela IHAC, no que diz respeito ao Quarto Passo; - Escolaridade das mulheres; - Apoio profissional; - Falta de informações; - Parto cesáreo pode aumentar o tempo de separação entre mãe-bebê, além de dificultar tanto a ida para o alojamento conjunto quanto o início precoce da amamentação; - Não basta ter alojamento conjunto para que o Quarto Passo ocorra, sendo necessário reduzir o tempo de afastamento entre mãe e filho após o parto; - Encaminhamento do recém-nascido ao berçário após o nascimento, mesmo não apresentando riscos que justificassem a necessidade de ficarem sob observação da equipe de enfermagem.
e não oferecer entou, nto materno no exclusivo a chance de aior o número pele pode einada e aterno por ão exclusiva mentadas e AME; o da prevalência ento da o na redução	- O cumprimento de todos os passos tendeu a ser pior nas maternidades privadas; - O baixo cumprimento do Passo 4 pode indicar pouca importância de colocar o recém-nascido em contato pele a pele com a mãe logo após o parto; - O treinamento da equipe hospitalar é prejudicado quando não há uma norma sobre amamentação nas maternidades; - A utilização de chupetas ocasiona o fenômeno denominado “confusão de bicos”, podendo diminuir a frequência de amamentação e levar a criança ao desmame precoce; - Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio à amamentação.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2014 Eloana Ferreira D'Artibale; Luciana Olga Bercini.	*A Prática do Quarto Passo da Iniciativa Hospital Amigo da Criança* • Pesquisa descritiva de natureza quantitativa, realizada entre março e julho de 2019, com 380 puérperas entrevistadas nas enfermarias do hospital para preenchimento de um formulário.	- O contato precoce gera amamentação mais efi além da satisfação da mulher quanto à proximi - O contato pele a pele favorece o desencadea comportamentais de pré-amamentação no re
2013 Lindacir Sampaio de Oliveira; Antonio Carlos Gomes do Espírito Santo.	*O processo de avaliação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança sob o olhar dos avaliadores* • Estudo descritivo, transversal, quantitativo, baseado em dados primários através de questionários semiestruturados enviados por meio eletrônico.	
2013 Soraia da Silva Lopes; Mariana Rabello Laignier; Cândida Caniçali Primo; Franciéle Marabotti C. Leite.	*Iniciativa Hospital Amigo da Criança: avaliação dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno* • Pesquisa descritiva e quantitativa. Entrevistaram-se 103 pessoas no ambulatório de pré-natal, na maternidade e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário de Vitória, Espírito Santo.	- A amamentação sofre impacto positivo quand pelas rotinas hospitalares e pelo treinamento d no manejo da lactação; - Orientação sobre amamentação no pré-natal positivamente nos índices de manutenção do a materno exclusivo; - O primeiro contato da mãe com o filho, ainda beneficia a amamentação; - A maioria dos profissionais ensina e demonstr mães como ordenhar o leite, prevenindo probl como o ingurgitamento; - O alojamento conjunto contribui para a aman livre demanda.

	Desafios
caz e duradoura, dade mãe-filho; mento de ações cém-nascido;	- As mulheres e os profissionais ainda se mostram ligadas ao modelo biomédico; - A cesariana contribuiu para o adiamento do contato e da primeira mamada; - O contato pele a pele, por ser uma técnica simples, não justifica as dificuldades descritas para que o Quarto Passo não aconteça; - Falta de continuidade na transição de cuidados entre enfermeiros; - Assistência defasada no pós-parto; - Políticas hospitalares inadequadas; - Educação limitada dos profissionais de enfermagem; - O envolvimento de vários setores do serviço e a rotatividade de profissionais na atenção dispensada ao binômio resultam em um cuidado fragmentado e descontinuado.
	- O instrumento da IHAC carece aperfeiçoar a validade e a confiabilidade; - As perguntas do instrumento de avaliação da IHAC precisam tornar-se inteligíveis aos diversos tipos de entrevistados para não prejudicar a avaliação; - Os dados obtidos no processo avaliativo da IHAC são parcialmente confiáveis e não refletem plenamente a realidade dos hospitais avaliados; - O instrumento de avaliação apresenta perguntas pouco claras, repetidas e não adaptadas à cultura e à linguagem da região; - Necessidade de uma seleção mais rigorosa dos avaliadores no que diz respeito ao perfil técnico e psicológico; - Necessidade de suporte e apoio logísticos mais adequados para realização das avaliações.
do influenciada os profissionais reflete leitamento na sala de parto, ra a todas as emas mamários nentação em	- Maioria das gestantes afirmou desconhecer a importância e o manejo da lactação; - Manter os recém-nascidos no “berçário” por mais de uma hora para observação pode levar ao jejum prolongado e, consequentemente, às disfunções hematológicas; - Ausência dos registros no prontuário do motivo e da duração da oferta da fórmula láctea.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2013 Sonia Fontes Figueredo; Maria José Guardia Mattar; Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão.	*Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes* • Estudo de coorte prospectivo com 261 mães e crianças. Os dados foram avaliados utilizando-se a análise de sobrevivência através da construção da curva de Kaplan-Meier e teste de Log-Rank para a análise univariada. Foi realizada análise multivariada utilizando-se o modelo de Regressão de Cox com riscos proporcionais.	- Mulheres recebem orientação e apoio; - O contato precoce mãe-bebê logo após o nas a sucção correta, reduz o choro da criança, au de aleitamento materno exclusivo e influenci a relação mãe-filho; - O cumprimento do Quarto Passo representa probabilidade da mulher continuar amament meses após o nascimento; - Orientações fornecidas às mães sobre a técn amamentação favorecem o sucesso do aleitam - A amamentação sob livre demanda aumenta do leite.
2013 Vivianne Cavalcanti do Nascimento; Maria Inês Couto de Oliveira; Valdecyr Herdy Alves; Kátia Silveira da Silva.	*Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar* • Estudo transversal realizado no município do Rio de Janeiro, Brasil, com amostra representativa de 461 gestantes acompanhadas nos 15 hospitais com mais de mil partos/ano do Sistema Único de Saúde, sendo 7 desses hospitais eram credenciados na Iniciativa Hospital Amigo da Criança e oito não.	- As orientações sobre como colocar o bebê par livre demanda e sobre os malefícios do uso de chupetas, ou outros leites relativas ao manejo tação geraram maior satisfação entre as gesta - Na amamentação sob livre demanda o bebê peito assim que apresenta sinais de fome, esti isso a produção de leite materno e propiciand esvaziamento mamário freqüente; - A boa qualidade do acompanhamento pré-n associada à satisfação materna com o apoio re amamentar.

	Desafios
cimento facilita menta as taxas a positivamente a maior ando de 1 a 3 ica da nento materno; a produção	- Fatores que contribuíram para o desmame precoce: trabalho fora de casa, não receber orientação de pega e posição, primiparidade, mães sem experiência prévia de amamentação, intercorrência mamária durante a hospitalização e na consulta de retorno, dificuldade para amamentar e posicionamento e apreensão inadequados ao amamentar.
a mamar, sobre mamadeiras, da amamen- ntes; é colocado ao mulando com o o atal está ecebido para	- Informações sobre as vantagens da amamentação não influenciaram a satisfação das gestantes; - Esvaziamento inadequado das mamas decorrente do manejo incorreto da lactação, de horários fixos da mamada e do uso de mamadeira e outros leites.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2013 Célia Regina Vianna Rossi Pereira; Vânia de Matos Fonseca; Maria Inês Couto de Oliveira; Ivis Emilia de Oliveira Souza; Rosane Reis de Mello.	*Avaliação de fatores que interferem na amamentação na primeira hora de vida* • Estudo transversal conduzido em alojamento conjunto de maternidade de alto risco na cidade do Rio de Janeiro, com entrevista com amostra de 403 puérperas.	- As mães entrevistadas que fizeram pré-nata fortemente protegidas quanto à amamentaçã filhos na primeira hora de vida; - A realização de pré-natal, o parto normal, o ao nascimento e o oferecimento de ajuda para na hora do parto favoreceram a amamentação hora de vida.
2012 Maria Inês Couto de Oliveira; Zulmira Maria de Araújo Hartz; Vivianne Cavalcanti do Nascimento; Kátia Silveira da Silva.	*Avaliação da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil* • Pesquisa avaliativa realizada, em 2009, com sete hospitais credenciados (HAC) e oito não (HNC), do SUS. Avaliação de estrutura (Passos 1 e 2) realizada por observação e entrevista a 215 profissionais. Avaliações de processo (Passos 3 a 10) e resultado compreenderam entrevista em amostra representativa de 461 gestantes, 687 mães em alojamento conjunto e 148 mães com recém-nascido em unidade neonatal.	

	Desafios
l foram ão de seus peso adequado a amamentar o na primeira	- Mulheres pretas apresentaram menor prevalência de aleitamento materno na primeira hora, somando mais um indicador negativo às penalizações já impostas a essas mulheres no momento do parto; - Ausência de uniformidade na assistência ao parto; - Procedimentos rotineiros praticados com recém-natos saudáveis (aspiração de vias aéreas e faringe, aferição do peso e comprimento e higiene corporal) podem interferir na amamentação ao nascimento; - Maioria das mulheres não sabia que era possível amamentar na sala de parto; - Mulher pouco valorizada em suas emoções.
	- O Passo 3 foi o menos cumprido; - A importância da orientação ao aleitamento materno no pré-natal e do apoio pós-alta é difícil de ser percebida pelos profissionais que atuam nos hospitais; - Falta preocupação com uma linha de cuidado integrada que considere todo o ciclo gravídico-puerperal; - Realização do Passo 10 depois de 24 horas pós-parto; - O Passo 4 foi pouco praticado, possivelmente em função de fatores como a ausência do resultado oportuno do teste rápido anti-HIV.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2012 Marli Terezinha Oliveira Vannuchi; Carlos Augusto Monteiro; Marina Ferreira Réa.	*Implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança em um hospital universitário* • A implantação da IHAC no HURNP ocorreu pela busca de documentos relativos ao aleitamento materno (AM), inquéritos sobre AM na instituição e seguindo as etapas propostas pelo Ministério de Saúde.	- Amento do índice de aleitamento materno e - Melhora do entrosamento e da integração en setores envolvidos com a IHAC; - Melhora na capacitação das equipes; - Assistência mais humanizada, colocando em enfermagem integral ao binômio mãe e filho; - Elaboração da cartilha "Dicas para o sucesso da do folder "Como ajudar as mães a amamentar um kit para as puérperas sobre aleitamento m além de pôsteres e trabalhos científicos; - Diminuição do estresse da mãe e do recém-n do número de fissuras e dos ingurgitamentos.
2011 Priscilla Nunes Ortiz; Rafaela Borges Rolim; Mateus Freire Lima e Souza; Poliana Louzada Soares; Tatiana de Oliveira Vieira; Graciete Oliveira Vieira; Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra; Luciana Rodrigues Silva.	*Comparação das práticas de amamentação em hospitais IHAC e não credenciados em Salvador, Bahia* • Estudo de corte transversal conduzido com 100 mulheres no grupo IHAC e 103 mulheres no grupo não-IHAC através de entrevista abordando história obstétrica, orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal, informações sobre o parto e internamento. A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionários e pesquisa de prontuários.	- Conformidade total alcançada nas etapas 7 e - Garantia de que a mãe aprenda a posição cor amamentar, a técnica correta de extração do l frequência com que deve ser realizada durant e o armazenamento do leite materno para gara alimentação mesmo que ela esteja temporaria - Conscientização da mãe em relação à necessi mamas ingurgitadas, prevenindo a mastite lac - Estimulo às mulheres a doarem leite para os - Garantia de que os bebês sejam mantidos ber mesmo que não demonstrem sinais claros de f - O Passo 4 aumenta a taxa e a duração do aleit materno no segundo ou terceiro mês; - O apoio contínuo após o parto garante o aleit materno exclusivo por seis meses e a introduç alimentos adequados em combinação com o a materno após esse período por pelo menos ma

	Desafios
xclusivo; ntre os diversos n prática a a amamentação", ", de aterno, nascido, .	- Descompasso entre os níveis de decisão gera morosidade, tornando-se um complicador para se iniciar o processo na prática; - Resistências por parte dos docentes do setor materno-infantil dificultaram e postergaram o desencadeamento do processo; - Rotatividade muito grande de alunos dificulta a implantação do Passo 2; - Dificuldade de aceitação da mamada na sala de parto por parte dos obstetras e anestesistas; - Número reduzido de funcionários; - O controle exato do volume de leite oferecido à criança gera insegurança por parte do funcionário que administra leite ao recém-nascido.
9; reta para eite, a e a internação antir a mente ausente; dade de evitar ctacional; bancos de leite; m alimentados fome; tamento tamento ão de leitamento is dois anos.	- Uso de bicos artificiais ou chupetas; - Poucas mães manteviverma seus bebês por mais de 30 minutos em contato com o abdomem imediatamente após o parto; - Poucas mães foram encaminhadas para algum tipo de grupo ou serviço de apoio ao aleitamento materno; - Garantir que os profissionais das unidades básicas e os que atuam no Programa Saúde da Família sejam capacitados para orientar adequadamente as mães durante a gestação e após o parto por meio da formação de grupos de apoio ao aleitamento materno; - Avaliação interna contínua, seja por meio de projetos de melhoria da qualidade ou de auto-auditorias.

Ano/autor	Título/métodos	Vantagens
2011 Mateus Freire L. Souza; Priscilla Nunes Ortiz; Poliana Louzada Soares; Tatiana de Oliveira Vieira; Graciete Oliveira Vieira; Luciana Rodrigues Silva.	*Avaliação da promoção do aleitamento materno em Hospitais Amigos da Criança* • Estudo descritivo de corte transversal. Foram realizadas entrevistas com 100 puérperas nos dois hospitais credenciados pela IHAC em Salvador.	- Adesão satisfatória aos Passos 6, 7 e 9.
2011 Paula Florence Sampaio; Claudia Leite Moraes; Michael Eduardo Reichenheim; Alessandra Silva Dias de Oliveira; Gustavo Lobato.	*Nascer em Hospital Amigo da Criança no Rio de Janeiro, Brasil: um fator de proteção ao aleitamento materno?* • Estudo transversal que aborda diferentes aspectos relacionados à violência entre parceiros íntimos, aleitamento materno e saúde mental da mulher. A população de estudo constituiu-se de mães de crianças menores de cinco meses de idade que aguardavam atendimento em cinco Centros Municipais de Saúde (CMS), localizados em diferentes Áreas Programáticas na cidade do Rio de Janeiro.	- Proteção ao aleitamento materno; - Melhoria da saúde da criança.

Fonte: Elaborado pela autora.

	Desafios
	- Dificuldades para implementação dos Passos 4, 5 e 10; - Falta de treinamento adequado impede a equipe de informar às gestantes as reais vantagens do aleitamento materno; - Realização da episiorrafia na sala de parto e a espera para serem transferidas para o alojamento conjunto como obstáculos para o início precoce da amamentação; - Poucas mães foram informadas sobre a necessidade de evitar o uso de bicos e mamadeiras pelos bebês; - A maioria das mães não foi orientada a acordar o bebê se ele dormisse por muito tempo ou se as mamas da mãe estivessem muito cheias; - Orientação sobre a nutrição correta durante toda a infância e sobre a necessidade do acompanhamento contínuo após a alta hospitalar.
	- Garantir acompanhamento pós-natal; - Integração entre a IHAC e as propostas incentivadoras no nível da atenção básica; - Ações, programas e políticas intersetoriais de incentivo e apoio ao aleitamento materno exclusivo que sejam efetivas, especialmente voltadas para mulheres inseridas no mercado de trabalho.

Os resultados obtidos a partir da revisão de literatura mostram que, na maioria dos artigos analisados, os desafios são mais evidenciados em relação às vantagens, visto que quatro artigos não contemplavam as vantagens, dissertando apenas sobre os desafios. Diversos estudos abordam essa temática, trazendo observações essenciais referentes ao cumprimento de cada um dos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno", como exposto a seguir.

A continuidade do aleitamento materno é influenciada de forma positiva pela padronização da assistência à saúde (Ribeiro *et al.*, 2021). Definir o que os funcionários e o hospital devem fazer como práticas obrigatórias de rotina é fundamental para que a IHAC seja estabelecida. Em unidades de cuidados intensivos neonatais, por exemplo, a política escrita de aleitamento materno em prematuros foi um dos fatores organizacionais identificados como essenciais no apoio ao aleitamento materno (Balaminut *et al.*, 2021). Atrelado a isso, o maior treinamento dos profissionais de saúde está diretamente relacionado ao cumprimento das práticas amigas da criança (Balaminut *et al.*, 2021). A capacitação no manejo do aleitamento materno aumenta a prevalência de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida, visto que a aquisição de conhecimento pelos profissionais melhora o desempenho dos mesmos, servindo como fonte de estímulo para as mães lactantes buscarem apoio e informações (Ribeiro *et al.*, 2021).

No que diz respeito à gestação, as orientações fornecidas às mulheres para a lactação são essenciais para facilitar o início e a manutenção da amamentação. Portanto, devem ser iniciadas no pré-natal e reforçadas no parto e puerpério, buscando a conscientização e a concretização de um cuidado humanizado e protetor ao binômio mãe-bebê (Silva, M. M. *et al.*, 2020). O estudo de Monise Martins da Silva *et al.* (2020) constatou que, segundo a maioria dos profissionais de saúde, as mulheres não conseguem assimilar as orientações feitas durante a admissão no pré-parto para a resolução do parto e início da amamentação devido ao processo doloroso e emocional causado pelo trabalho de parto. Isso reforça ainda mais o quanto as intervenções pré-natais são importantes para o início, a duração e a exclusividade da amamentação, especialmente quando combinadas com apoio interpessoal e envolvimento do companheiro/família (Balaminut *et al.*, 2021).

Deve-se ressaltar que, infelizmente, diversos fatores corroboram para a não realização imediata do contato pele a pele e, consequentemente, do aleitamento materno: vitalidade comprometida do recém-nascido, momentos de vulnerabilidade da mulher, falta de interesse e colaboração dos profissionais. Com relação ao tipo de parto, o vaginal contribui mais para que essa prática aconteça, pois permite que a mulher atue como coparticipante no estabelecimento desse processo, enquanto os partos cesáreos, por causarem maiores complicações à saúde da mulher e do recém-nascido, trazem dificuldades para a realização dessa prática (Silva, M. M. *et al.*, 2020).

Nesse contexto, além dos desafios clínicos inerentes ao parto, outros fatores institucionais e estruturais também contribuem para a prorrogação ou até mesmo a não realização do contato precoce e da amamentação no pós-parto imediato. Normas rígidas nas instituições, número insuficiente de funcionários, infraestrutura inadequada para uma assistência humanizada, além da resistência e do despreparo da equipe de saúde, dificultam ainda mais a implementação dessa prática essencial. Para minimizar tais obstáculos, estratégias como o aprimoramento do suporte profissional, a promoção de práticas menos intervencionistas na sala de parto e o estímulo ao reconhecimento precoce entre mãe e bebê tornam-se fundamentais (Silva, M. M. *et al.*, 2020). Além disso, capacitações direcionadas às equipes de saúde e às famílias, aliadas à implantação do registro eletrônico dessa prática, podem otimizar a rotina hospitalar e impulsionar a adesão ao método canguru (Balaminut *et al.*, 2021).

Mostrar às mães como amamentar (e como manter a lactação caso venham a ser separadas dos filhos) está especialmente ligado à responsabilidade e papel das maternidades de alto risco que prestam cuidado às mulheres nessas primeiras horas, fundamentais para o bom início da amamentação e posterior manutenção da produção lácteas, cuja prática é facilitada pelas orientações às mães dos prematuros sobre expressão de leite precoce e contínua (Balaminut *et al.*, 2021). As mães lactantes precisam receber apoio para a amamentação com sucesso, e os profissionais de saúde que as acompanham precisam orientá-las focando nas suas dificuldades e particularidades específicas. A confiança das mães deve ser incentivada desde o começo do treinamento, pois o início tardio da amamentação é um dos motivos da introdução precoce de leite não

materno (Ribeiro *et al.*, 2021). Incentivar a participação da mãe na administração da dieta por gavagem, na aplicação da sucção não nutritiva ao filho, na realização da dieta por copo e na translactação também são estratégias que possibilitam a participação da mãe na alimentação do filho. Isso contribui positivamente para a manutenção da produção láctea, mesmo que a amamentação não seja possível naquele momento (Araújo *et al.*, 2018).

Vale ressaltar a importância de oferecer apenas leite materno aos recém-nascidos, pois o efeito negativo da oferta de fórmulas infantis pode se estender até o sexto mês de vida. O uso de substitutos do leite materno (SLM) nos três primeiros dias após o nascimento influencia o seu uso subsequente e o risco da interrupção precoce da amamentação. Além disso, relacionado ao Passo 4 para o sucesso do aleitamento materno, a ausência de contato pele a pele dentro de uma hora do parto elevou as prevalências do oferecimento de SLM (Silva, O. L. *et al.*, 2019).

A IHAC aborda os benefícios do alojamento conjunto, como o estabelecimento do aleitamento materno, sua continuidade por mais tempo e o ganho de peso do bebê rapidamente (UNICEF, 2008). A alimentação em resposta à vontade do bebê é mais fácil quando ele está perto da mãe, desenvolvendo um bom suprimento de leite e reduzindo a incidência de icterícia. Além disso, as mães ficam mais confiantes em cuidar de seus filhos, estabelecendo vínculo mesmo que ela não amamente e resultando em menos uso de serviços de saúde após a alta. Porém, estrutura física inadequada às necessidades das mães, mudanças na reorganização familiar, principalmente quando se tem outros filhos, dependência materna de transporte coletivo com horários definidos e falta de condições financeiras para ir ao hospital diariamente foram relatados por mães de neonatos internados em unidades neonatais como fatores de impedimento ao cumprimento do Passo 7 para o sucesso do aleitamento materno (Balaminut *et al.*, 2021).

No estudo de Balaminut *et al.* (2021), constatou-se que a melhora do incentivo ao aleitamento sob livre demanda em um hospital esteve relacionada à inclusão, na política de aleitamento materno, da estabilidade clínica como único critério para indicar quando é possível iniciar a alimentação oral, bem como de estratégias para a alimentação em livre demanda, maior orientação das mães sobre a observação comportamental e dos

sinais de fome do bebê para posicioná-lo no peito, inclusão do protocolo de complementação do leite baseado em Razões Médicas Justificadas e mudanças nas rotinas de cuidado para não atrapalhar a amamentação.

Apesar da IHAC não trazer exceções quanto à oferta de bicos artificiais ou chupetas, novas evidências demonstraram os benefícios do uso da chupeta para prematuros, desde que com indicações bem estabelecidas (UNICEF, 2008). Quando o prematuro necessita de suporte para se autorregular e sua mãe não está disponível/presente para sucção na mama e outras alternativas não forem suficientes, a chupeta pode ser indicada terapeuticamente, sempre com supervisão de um profissional qualificado e engajado na proteção do aleitamento materno, incluindo orientações e informações para os pais sobre os critérios para seu uso no hospital. Ainda, é crucial manter o apoio à amamentação na pós-alta, pois isso impacta significativamente as práticas do aleitamento materno (Balaminut *et al.*, 2021).

CONCLUSÃO

Conclui-se que a implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança depende da ação conjunta das mães e da equipe que lhes prestam assistência, pois as mães precisam de suporte profissional e os profissionais necessitam da colaboração das mães. Sendo assim, esse estudo pode ajudar os hospitais a identificarem suas fragilidades em relação aos "Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno" e direcioná-los quanto às ações necessárias para uma melhor assistência ao binômio mãe-bebê. Esforços empregados nesse sentido terão efeitos positivos para que mais hospitais consigam fazer parte da iniciativa.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, B. *et al*. Prática social da enfermagem na promoção do cuidado materno ao prematuro na unidade neonatal. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v. 27, n. 4, 2018. ISSN 1980-265X. DOI: https://doi.org/10.1590/0104-07072018002770017. Acesso em: 10 ago. 2022.

BALAMINUT, T. *et al*. Baby-Friendly Hospital Initiative for Neonatal Wards: impact on breastfeeding practices among preterm infants. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, p. e20200909, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0909. Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.153, de 22 de Maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br. Acesso em: 18 set. 2022.

LAMOUNIER, J. A. *et al*. Iniciativa hospital amigo da criança: 25 anos de experiência no Brasil. **Rev. Paul Pediatr.**, v. 37, n. 4, p. 486-493, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2019;37;4;00004. Acesso em: 10 ago. 2022.

PETERS, M.D.J., GODFREY, C., McINEMEY, P., MUNN, Z., TRICCO, A.C., KHALILl, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In: JBI Manual for Evidence Synthesis. Adelaide/Austrália, JBI. Disponível em: https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL. Acesso em: 10 ago. 2022.

PETERSON J. *et al*. Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 29, p. 12–16. 2017. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/2327-6924.12380. Acesso em:10 ago. 2022.

RIBEIRO, P. L. *et al*. Dez passos para o sucesso da amamentação: a influência na continuidade da amamentação. **Rev. Fundo Cuidados** [Online], n. 13, p. 451-459, jan./dez. 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.7549. Acesso em: 15 ago. 2022

SILVA, M. M. *et al*. Fatores que implicam no processo do contato precoce e aleitamento materno na sala de parto. **Cad. Saúde Colet.**, v. 28, n. 4, p. 529-536, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1414-462X202028040409. Acesso em: 10 ago. 2022.

SILVA, O. L. *et al*. Associação entre oferta de fórmulas infantis e chupetas na maternidade e amamentação nos primeiros seis meses de vida. **DEMETRA: Alimentação, Nutrição & Saúde**, [S.l.], v. 14, p. e43555, dez. 2019. ISSN 2238-913X. DOI: 10.12957/demetra.2019.43555. Disponível em: https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/43555. Acesso em: 10 ago. 2022..

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - Módulo 1: histórico e implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/iniciativa_hospital_amigo_crianca_modulo1.pdf. Acesso em: 31 mar. 2025.

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança**: revista, atualizada e ampliada para o cuidado integrado - Módulo 4: Autoavaliação e monitoramento do hospital. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 92 p. il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/ihac-modulo-4-autoavaliacao-e-monitoramento-do-hospital. Acesso em: 10 ago. 2022.

UNICEF - United Nations Children's Fund; WHO - World Health Organization. Tracking Breastfeeding Policies and Programme. **Global Breastfeeding Scorecard**, 2017. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/trackingprogress-for-breastfeeding-policies-and-programmes/. Acesso em: 15 ago. 2022

VICTORA, C. G. *et al*. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, 30 jan. 2016. Disponível em: http://www.Thelancet.com/series/breastfeeding. Acesso em: 10 set. 2022.

AGRADECIMENTO

Agradecemos o apoio da Fundação de Amparo a Pesquisa e Inovação do Espirito Santo – FAPES.

21

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ
TATIANE COMÉRIO
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
DILZILENE CUNHA SIVIRINO FARIAS
WILLER FRANÇA FIOROTTI
LUCIANE ROSSATTI

AVALIAÇÃO DOS PACIENTES COM DIAGNÓSTICO DE COVID-19 HOSPITALIZADOS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA – ESPÍRITO SANTO

INTRODUÇÃO

O SARS-CoV-2 foi detectado pela primeira vez na província Whuan, na China, no dia 7 de janeiro de 2020, após a ocorrência de casos de pneumonia de etiologia desconhecida iniciados em dezembro de 2019. Desde então, os casos da doença foram se espalhando em todos os continentes do mundo em intensa velocidade, alcançando, em pouco mais de quatro meses, o total de 2.402.250 pessoas contaminadas no mundo, com 163.097 mortes (Chen, 2021; OPAS, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020, após reunião com especialistas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional em razão da disseminação do coronavírus. Já no dia 10 de março de 2020, reconheceu o status de pandemia de covid-19, indicando que os governos deveriam trabalhar não mais apenas para conter um caso, e, sim, ativar ações para atender a uma parcela da população mais ampla e vulnerável, evitando mortes pela doença.

No Brasil, o primeiro caso foi registrado no dia 25 de fevereiro de 2020. O país já registrou 37.796.956 casos confirmados pela doença e 705.775 óbitos causados pela covid-19, com taxa de letalidade de 1.9%. A tendência, segundo o Ministério da Saúde, era que, a partir de meados de abril de 2020, o sistema de saúde deveria entrar em colapso, ou seja, não haveria vagas em hospitais públicos e privados para pacientes graves infectados pelo novo coronavírus (Brasil, 2020; OMS, 2020).

As medidas indicadas para minimizar os efeitos do novo coronavírus (SARS-CoV-2) tais como uso de máscara, distanciamento social, etiqueta respiratória, deveriam ser capazes de reduzir o ritmo de propagação da doença, de forma que o Sistema de Saúde pudesse se estruturar para o

atendimento de pessoas com quadro clínico grave da doença (BRASIL, 2020).

No Espírito Santo, os registros de casos confirmados foram de 1.361.759 pacientes, com 15.158 óbitos e letalidade de 1,1%, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2023. Na cidade de Vitória, foram 155.887 casos confirmados e 1.465 óbitos no mesmo período (Espírito Santo, 2023).

No município de Vitória, o primeiro caso foi notificado no dia 13 de março de 2020, data em que a prefeitura declarou, por meio do Decreto nº 18.037, Emergência de Saúde Pública, decorrente de pandemia em razão da covid-19. A declaração possibilitou um conjunto de medidas que restringiram a circulação de pessoas e induziram o isolamento social como forma de conter o ritmo de crescimento de casos da doença.

Diante desse cenário epidemiológico, o Centro de Informações e Respostas Estratégicas de Vigilância em Saúde (CIEVS) do município de Vitória, em conjunto com a estrutura de gestão da Secretaria Municipal de Saúde, passou a elaborar ações de enfrentamento da covid-19 com base no Plano de Contingência Municipal para Infecção Humana pelo novo Coronavírus.

Nessa direção, este estudo justificou-se pela necessidade de compreender o processo de adoecimento da população, bem como sua disseminação familiar e comunitária, para que ações estratégicas sejam tomadas no tripé ensino, atenção e gestão, de modo a minimizar os riscos e combater a doença. Assim, a pesquisa objetivou descrever o perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados com covid-19, sistematizando sintomatologia e informações sobre as condições clínicas, terapêutica farmacológica e específica.

Frente às complexidades epidemiológicas da doença, emergiu, neste estudo, as seguintes questões: Qual o perfil epidemiológico dos pacientes internados com covid-19 e qual a relação entre os sintomas apresentados com o perfil traçado? Com essas questões norteadoras, foram traçados os objetivos: descrever o perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados com covid-19 e sistematizar informações sobre condições clínicas, terapia farmacológica e específica.

Este estudo é importante por sua relevância e aprimoramento das ações de vigilância em saúde e de assistência. Pois, a partir de seus

resultados, os gestores e profissionais de saúde poderão conhecer o perfil dos pacientes internados pela covid-19.

O estudo trouxe maior clareza para as equipes de saúde do município de Vitória, repercutindo as ocorrências da doença nos pacientes, assim como conhecimento sobre as principais comorbidades e a sistematização das condições clínicas e terapêuticas. Dessa forma, foi uma ferramenta importante para o controle da pandemia, potencializando planejamento de ações estratégicas de cuidados na atenção básica e vigilância epidemiológica em tempo oportuno, tratamento e prevenção.

Este estudo evidenciou o perfil epidemiológico dos pacientes internados, bem como o fortalecimento das ações de integração da atenção básica e vigilância. A partir do conhecimento do perfil e das condições de saúde, foram elaboradas estratégias para a promoção da saúde, planejamento e monitoramento das ações junto às equipes da Atenção Básica, bem como o manejo clínico da doença e prevenção de agravamento das comorbidades nos pacientes.

METODOLOGIA

Este é um estudo do tipo documental, transversal, retrospectivo e de caráter exploratório, com abordagem quantitativa a partir da análise de dados primários.

A população de estudo foi de indivíduos que testaram positivo para covid-19 e estiveram internados no período de março a setembro de 2020. O cenário foi hospitais da Região Metropolitana do Espírito Santo que internaram munícipes de Vitória, tendo como critério de inclusão residentes desse município com idade igual ou superior a 18 anos. Os dados da pesquisa foram coletados, por coletores treinados, dos prontuários de pacientes internados por covid-19 no período de março a setembro de 2020.

A coleta utilizou formulário específico do Forms da Microsoft com a finalidade de identificação do perfil do paciente, com dados sociodemográficos e clínicos. As análises dos dados foram fundamentais para correlacionar o perfil sociodemográfico/clínico e o adoecimento por covid-19, com utilização de Python para análises em programas estatísticos.

Foram coletados dados de prontuários eletrônicos de forma sigilosa e sem identificação do nome dos pacientes, os quais foram armazenados em computador com login e senha acessado apenas pelos pesquisadores.

Este estudo foi submetido Comissão de Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde/ES, bem como na Comissão de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde/ETSUS-Vitória para apreciação, anuência e autorização. As informações referentes aos dados dos pacientes público-alvo do estudo são confidenciais, sendo respeitadas as recomendações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que dispõe sobre a pesquisa com a participação de seres humanos.

RESULTADOS

Foram estudados 141 pacientes com prontuários investigados, sendo excluídos prontuários com déficit de informações. Demonstrou-se a prevalência de pacientes do sexo masculino na faixa etária acima de 58 anos, com 55,3% dos pacientes do sexo masculino na faixa etária de 58 a 69 anos e 44,6% do sexo feminino com média de idade de 56 anos.

Primeiramente, foi verificada a frequência das variáveis independentes (sexo; raça/cor; idade; escolaridade e presença de morbidades). Em relação à raça/cor, 72 dos 141 pacientes estudados foram descritos como ignorado no prontuário, os pardos registrados foram 47, caucasianos foram 13 e negros foram 9. Evidencia-se, assim, a necessidade de qualificar os registros relacionados a raça/cor. Dos pacientes estudados, 47% eram casados e, com relação à escolaridade revelou-se: 16% sem instrução, 14% com ensino fundamental, 42% com ensino médio e 28% com ensino superior.

Os dados analisados demonstraram que as comorbidades predominantes na internação foram hipertensão arterial (48%), diabetes melito (19,2), obesidade (17,8%), doenças cardíacas (12%) e asma (3%). Em relação ao tempo de internação hospitalar, foi identificada uma média de 11 dias em homens e 14 dias em mulheres. Os sintomas gastrointestinais e a alteração de olfato e/ou paladar foram frequentemente identificados nas análises, e a dispneia foi comumente associada a casos graves, achados que corroboraram o estudo de Iser *et al.* (2020).

Foi fundamental entender e identificar as principais características epidemiológicas e clínicas dos pacientes com SARS-CoV-2, a fim de reconhecer o perfil mais vulnerável da doença e propor ações de prevenção e detecção no território em saúde.

Diante do contexto, notou-se a importância de conhecer as características clínicas de pacientes portadores de covid-19 e identificar o perfil epidemiológico dessa população vulnerável, a fim de otimizar o manejo no tratamento no âmbito hospitalar e realizar a prevenção de novos casos através da entrega de informações e cuidados para esse grupo populacional.

DISCUSSÃO

Em consonância com os resultados da caracterização dos pacientes acometidos pela doença, estudos que analisaram o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por covid-19 no Brasil e no mundo corroboram os achados de que o sexo masculino foi o principal acometido pela doença. Entre o grupo, destacam-se aqueles com idade superior a 50 anos, casados em sua maioria. No entanto, neste estudo em Vitória, a variável raça apresentou-se com incompletude desse dado e/ou apresentando o registro como ignorado (Souza; Barros, 2023).

O estudo realizado por Iser *et al.* (2020) expõe, de um modo geral, que a sintomatologia de maior frequência se mostrou variada, com febre, dispneia, tosse, dor de garganta, com destaque para a evolução de gravidade nos casos que apresentavam dispneia.

Neste estudo, entre os casos confirmados da covid-19, a síndrome gripal foi a manifestação comum, caracterizada pelos sinais e sintomas mais frequentes de sensação febril ou febre, dispneia, tosse e dor de garganta, dados que ainda eram informações limitadas para caracterizar o espectro da doença clínica (OMS, 2020).

Os casos analisados neste estudo também evidenciaram a faixa etária superior a 50 anos para ambos os sexos. Os homens (n=78) foram mais acometidos do que as mulheres (n=63), mantendo um padrão observado em outros estudos. Esse perfil de acometimento com maior prevalência

no sexo masculino pode estar relacionado ao fato de geralmente homens terem a cultura de menor autocuidado quando comparados com o sexo feminino (Rodrigues et al., 2023; Mascarello *et al.*, 2020).

Os sinais e sintomas apresentaram características variadas, sendo febre, dor de garganta, tosse e dispneia os sinais/sintomas frequentes, no entanto podendo não estar presentes, o que torna difícil definir os casos de Covid-19. Tais achados corroboraram com estudos de Iser *et al.* (2020) e Bhatraju *et al.* (2020).

Em relação a mortalidade, estudo de Souza e Barros (2023) e Jalali *et al.* (2020) destacaram que o excesso de morte por covid-19 no Brasil extrapolou o número de mortes estimadas de 1.551.673, excedendo em 13,7% (187.070 morte acima do estimado), o que é alarmante e desafiador para o controle da epidemia, sendo necessárias ações estratégicas e integradas. Vale destacar que, no estudo realizado em Vitória, não se evidenciou na amostra estudada óbitos no grupo pesquisado.

Apesar dos fatores de risco, é imprescindível o uso de medidas de saúde primária e de média complexidade para controles das doenças crônicas para redução da gravidade e melhora da sobrevida, considerando que pacientes com comorbidades hipertensão, diabetes e doenças cardiovasculares possuem maior probabilidade de contrair o vírus e agravar a doença. Tais medidas viabilizam a otimização da utilização dos leitos hospitalares, especialmente os públicos.

Estudos recentes (Klokner *et al.*, 2021) destacam alguns fatores de riscos conhecidos dessa doença, associados a resultados clínicos graves, especialmente em pacientes com idades mais avançada, imunodeprimidos e com comorbidades mais prevalentes, como hipertensão, diabetes ou doenças cardiovasculares. Esse cenário também vai ao encontro dos achados desta pesquisa, sendo esse um importante resultado para conhecimento do perfil dos pacientes munícipes de Vitória hospitalizados.

CONCLUSÃO

Conclui-se que a pandemia da covid-19 se mostrou devastadora em todos os seguimentos, refletindo na mudança do perfil etário dos

acometidos, bem como as comorbidades comuns entre os pacientes internados.

Este estudo foi fundamental para a construção do perfil de adoecimento da população do município de Vitória, bem como para a compreensão dos motivos e do tempo de internação. A partir desses dados, foi possível subsidiar a formulação, pela Vigilância em Saúde e pela Atenção Básica, de ações estratégicas visando o acompanhamento dos pacientes após a alta hospitalar e a consolidação de medidas voltadas à prevenção de agravos e complicações.

Destaca-se a importante ação estratégica de vacinação para as faixas etárias mais acometidas, sendo crucial para a redução da hospitalização, e permanente necessidade de proposição de medidas para mitigar o contágio.

Além disso, os dados demonstraram que as comorbidades evidenciadas foram preponderantes para o agravamento da doença, sendo necessária a organização de monitoramento dos casos hospitalizados após alta hospitalar pelas equipes da Atenção Básica do município. Assim, acredita-se que o estudo realizado possibilitou o fortalecimento e a organização de ações estratégicas de monitoramento por parte da vigilância em saúde e das equipes. Mais estudos devem ser realizados a fim de integrar ações estratégicas entre a vigilância em saúde e a assistência para efetivação do cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

BHATRAJU, P. K.; GHASSEMIEH, B. J.; NICHOLS, M.; KIM, R.; JEROME, K. R.; NALLA, A. K. *et al*. Covid-19 in critically Ill patients in the Seattle Region — case series. **N Engl J Med** [Internet], v. 382, n. 21, mar. 2020. DOI: https://doi.org/10.1056/NEJMoa2004500.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária em Saúde. 2020.** Disponível em: https://covid.saude.gov.br/. Acesso em: 26 maio 2023.

BRASIL. Ministério Da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. **Portal Covid-19: Materiais de apoio para a APS. 2023.** Disponível em: https://aps.saude.gov.br/ape/corona. Acesso em: 26 maio 2023.

CHEN, Z. *et al*. Clinical Characteristics of Patients with Severe and Critical COVID-19 in Wuhan: A Single-Center, Retrospective Study. **Infect Dis Ther.,** v. 10, n. 1, p. 421-438, 2021.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo. **Painel Coronavírus-2019. Coronavirus.es** (ES), 26 maio 2023., Disponível em: https://coronavirus.es.gov.br/painel-covid-19-es. Vitória, 2023. Acesso em: 26 maio 2023

ISER, B. P. M.; SILVA, I.; RAYMUNDO, V. T.; POLETO, M. B.; SCHUELTER-REVISOL, F.; BOBINSK, F. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia Serviços Saúde**, v. 29, n. 3, 2020. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000300018.

JALALI, S. F.; GHASSEMZADEH, M.; MOUODI, S.; JAVANIAN, M.; AKBARI KANI, M.; GHADIMI, R.; BIJANI, A.. Epidemiologic comparison of the first and second waves of coronavirus disease in Babol, North of Iran. **Caspian Journal of Internal Medicine** [Internet], v. 11, Suppl. 1, p. 544-550, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7780865/?. Acesso em: 27 de maio de 2023.

KLOKNER, S. M.; RAMSÉS, A.; ARAUJO, H. de M. *et al.* Perfil epidemiológico e preditores de fatores de risco para a COVID-19 na região sul do Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n.3, e17710313197, 2021. ISSN 2525-3409. DOI: https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13197.

MASCARELLO, K. C.; CERQUEIRA, A. C. B. V.; SOUZA; A. S. de; MARCARINI, W. D.; BARAUNA, V. G.; MACIEL, E. L. N. Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: Um estudo transversal. **Epidemiologia Serv. Saúde**, v. 30, n. 3, 9 jul. 2021. DOI: http://doi.org/10.1590/S1679-49742021000300004.

OMS - Organização Mundial da Saúde**.** Painel da doença de coronavírus da OMS. **Covid-19** (OMS), 3 maio 2020. Disponível em: https://covid19.who.int/. Acesso em: 3 maio 2020.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde**. Folha informativa: COVID-19** [Internet]. Brasília, DF: OPAS; [2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/coronavirus**.** Acesso em: 17 set. 2020.

RODRIGUES, M. de S.; GUIMARÃES, J.; CERQUEIRA FILHO, R. B. de; JÚNIOR, A. A. da M.; MOURA, J. C. de; MOURA, S. Perfil epidemiológico dos pacientes hospitalizados por COVID-19 em uma Unidade de Terapia Intensiva no interior do Brasil. **Revista Medicina**, São Paulo, v. 102, n. 1, e-188803, jan.-fev. 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v102i1e-188803.

SOUZA, I. V. S; BARROS, M. S. C. B. Fatores associados ao óbito por covid-19 em Recife, Pernambuco, 2020: estudo transversal com dados do sistema "Notifique Aqui". **Epidemiologia Serv. Saúde**, Brasília, V. 32, N. 2, 2023. Epub.14-Abr-2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000200014.

22

ANDRESSA TOMAZINI BORGHARDT
CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
ELIANE DE FATIMA ALMEIDA LIMA
FABRICIA BARCELLOS SOUZA MORO
HILMARA APARECIDA DE JESUS MAIOLI
LOHAYNE GRUND ROCHA MIRANDA
ROSEMEIRE ANDREATTA

AVALIAÇÃO DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: PERCEPÇÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

INTRODUÇÃO

Qualidade, no mundo atual, é amplamente abordada nas organizações em geral. O conceito de qualidade em saúde vem se constituindo, ao longo da história, com diversidade e evolução das dimensões específicas (Reis; Martins; Laguardia; 2013).

A qualidade do cuidado em saúde é dinâmica e seu conceito se relaciona diretamente com o objetivo de melhorar os resultados obtidos pelo paciente, sendo, portanto, a avaliação da qualidade um mecanismo para melhorá-la (Brasil, 2014).

Dentre as dimensões da qualidade do cuidado, a segurança desperta como uma dimensão muito requerida nas organizações de saúde. A Segurança do Paciente foi definida, inicialmente, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como "a redução ao mínimo aceitável do risco de danos desnecessário associado ao cuidado de saúde (WHO, 2005), e, em uma proposta mais recente, significa "ausência de dano desnecessário, real ou potencial, associado à atenção à saúde (WHO, 2009).

No Brasil, essa discussão tem se fortalecido principalmente após a publicação da Portaria MS 529, de 1° de abril de 2013, na qual foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tem por objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado em saúde em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional, sejam eles públicos, privados, filantrópicos, civis ou militares, incluindo aqueles que exercem ações de ensino e pesquisa (Brasil, 2013).

Entre as ações desse programa, está o fomento da cultura de segurança no Brasil, que pode ser entendida como produto dos valores individuais e do grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de

comportamento que determinam o compromisso, o estilo e a proficiência de gestão da saúde e segurança dos pacientes de uma organização (Famolaro et al., 2016).

As instituições de saúde têm se esforçado na incorporação de ações efetivas e permanentes no intuito de promover a cultura do paciente, buscando excelência na assistência, redução de custo e garantia de satisfação. Pode-se verificar que há uma consciência profissional quanto à cultura de segurança do paciente e ao compromisso ético do gerenciamento de risco para o profissional e para o paciente, desde que a segurança seja instituída como processo cultural (Claro et al., 2011; Oliveira et al.,2014).

A avaliação da cultura de segurança busca reconhecer potencialidades e fragilidades que nortearão ações de melhorias que favoreçam a implantação de práticas seguras, por meio da educação permanente da equipe e a gestão de riscos com a avaliação da cultura de segurança do paciente (Brasil, 2013). O JHospital Survery on Patient Safety Culture (HSOPSC), criado pela Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) dos Estados Unidos, sendo traduzido e adaptado para o contexto brasileiro, é um dos instrumentos mais utilizados a nível mundial para avaliar o nível de cultura (Andrade et al., 2017).

Dessa forma, a pesquisa da cultura de segurança nas instituições de saúde é um importante caminho para fornecer um cuidado de qualidade e seguro para todos, tendo como primeiro passo determinar qual o nível de cultura de segurança existente na instituição. Isso torna possível identificar e gerir questões de segurança nas rotinas e condições de trabalho, avaliar as percepções e comportamentos dos funcionários relacionados à segurança e identificar os pontos fortes, as oportunidades de melhoria e as áreas mais frágeis, para que se possa planejar e implementar possíveis intervenções (Schuh; Krug; Possuelo, 2020).

Diante do exposto, objetivou-se, nesta pesquisa, avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a cultura de segurança do paciente de um hospital universitário

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Hospital Universitário (HU) sob a gestão da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH).

A população do estudo foi formada pelos profissionais que atuam nas unidades assistenciais e administrativas, sendo 1.843 empregados e servidores públicos e 488 de terceirizados, no total de 2.331 profissionais. Para o cálculo amostral, o nível de confiança foi definido em 95%, com margem de erro de 5%. Para garantir representatividade, foi assumida a proporção = 0,5, em que se maximiza o tamanho da amostra. A amostra foi composta por 354 participantes.

A seleção dos participantes foi realizada por meio da função "Aleatório" disponível no arquivo Excel 2010, no qual foram registradas as informações dos profissionais cedidas pela Divisão de Gestão de Infraestrutura e Logística e Divisão de Gestão de Pessoas da instituição. Para participar do estudo, seguiram-se os critérios de inclusão: profissionais que estiverem trabalhando há mais de seis meses na instituição e não estivessem afastados de suas atividades por motivo de férias, licença e atestado médico.

Para avaliar a cultura de segurança do paciente, foi utilizado o instrumento disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e o Grupo de Pesquisa QualiSaúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), o "E-Questionário de Cultura de Segurança Hospitalar", que consiste em um sistema eletrônico que integra uma aplicação Web e um aplicativo móvel gratuitos que dispõem da versão traduzida e adaptada para o Brasil, do Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (Reis; Martins; Laguardia,2013).

Para a realização desta pesquisa, foi aplicado um questionário, com questões referentes à formação, vínculo empregatício e cargo e função, logo após foi aplicado o HSOPSC. Esse sistema permite o envio e preenchimento automático de questionários da Cultura Segurança Paciente (CSP) aos profissionais e gera indicadores referentes às 12 dimensões da CSP, que são: trabalho em equipe dentro das unidades, expectativa sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente,

aprendizado organizacional – melhoria contínua, apoio da gestão para a segurança do paciente, retorno da informação e comunicação sobre o erro, abertura de comunicação, frequência de relato de erros, trabalho em equipe entre as unidades, adequação de profissionais, passagem de plantão ou de turno/transferências, repostas não punitivas aos erros, além da percepção geral da cultura de segurança do paciente.

As respostas ao questionário obedeciam a uma escala Likert de 1 a 5, englobando as opções: discordo totalmente; discordo; nem concordo, nem discordo; concordo, concordo totalmente; ou nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre. Foram consideradas respostas positivas aqueles que assinalaram as opções 4 ou 5 (concordo/concordo totalmente ou quase sempre/sempre) para as sentenças formuladas de forma positiva. Respostas neutras referem-se às respostas que o participante assinalou 3 (nem discordo nem concordo ou às vezes). Respostas negativas referem às respostas que foram assinaladas as opções 1 ou 2 (discordo/discordo totalmente ou nunca/raramente) nas sentenças formuladas negativamente.

Cabe ressaltar que, para as análises, as perguntas com tom negativo tiveram suas pontuações revertidas, conforme indicação do instrumento. As sentenças formuladas negativamente estão destacadas na numeração com um R de reverso e estão na seção A (5, 8, 10, 12, 14, 16 e 17), seção B (3 e 4), seção C (6) e seção F (2, 3, 5, 6, 7, 9 e 11).

Ao analisar-se o percentual de respostas positivas, pode-se identificar a reação positiva em relação à cultura de segurança do paciente e apontar áreas fortes e frágeis na segurança do paciente. Qualificaram-se como "áreas fortes da segurança do paciente" no hospital aquelas cujos itens escritos positivamente obtiveram 75% de respostas positivas ("concordo totalmente" ou "concordo") ou aquelas cujos itens escritos negativamente alcançaram 75% de respostas negativas ("discordo totalmente" ou "discordo"). De modo semelhante, consideram-se "áreas frágeis da segurança do paciente" e que necessitam de melhoria aquelas cujos itens lograram 50% ou menos de respostas positivas (Reis; Martins; Laguardia, 2013).

O banco de dados foi armazenado em uma planilha do Excel. As análises foram feitas através do pacote estatístico Stata versão 17.1 e R. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo sob o protocolo 4.893.329.

RESULTADOS

Participaram do estudo 354 funcionários atuantes em setores assistenciais e administrativos. Dentre eles, 216 relataram ter contato direto com o paciente (68,4%) e o restante da amostra não teve essa interação direta, no entanto seus serviços afetam indiretamente a segurança do paciente.

Os cargos de maior adesão no estudo correspondem a equipe de enfermagem, totalizando 43,2% da amostra, sendo 21,1% enfermeiros, 18,3% técnicos de enfermagem e 3,8% auxiliares de enfermagem. Funcionários terceirizados responsáveis pela higienização representaram 28% e médicos 9,1%, sendo médicos do corpo clínico 8,8% e médico residente 1% (Tabela 1).

Tabela 1: Percentual de participantes por cargo/função

Cargo/ Função	Número	Porcentagem
Médico do corpo clínico	28	8,8%
Médico Residente	1	0,3%
Enfermeiro(a)	67	21,1%
Técnico de Enfermagem	58	18,3%
Auxiliar de Enfermagem	12	3,8%
Farmacêutico	3	0,9%
Odontólogo	1	0,3%
Nutricionista	2	0,6%
Fisioterapeuta, Terapeuta Respiratório, Terapeuta Ocupacional ou Fonoaudiólogo	6	1,9%
Psicólogo	4	1,3%
Assistente Social	2	0,6%
Técnico (por exemplo, ECG, Laboratório, Radiologia, Farmácia)	15	4,7%

Cargo/ Função	Número	Porcentagem
Administração/ Direção	8	2,5%
Auxiliar Administrativo/ Secretário	19	6,0%
Outro (funcionários terceirizados responsáveis pela higienização)	92	28,9%

Fonte: Elaborada pela autora

As dimensões da cultura de segurança com os percentuais de respostas positivas mais elevadas foram: "Aprendizagem organizacional/melhoria continuada" (80,4%) e "Expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/ serviço que favorecem a segurança" (75,5%), ambas com classificação forte do nível sobre a cultura de segurança do paciente.

Das dimensões com respostas positivas abaixo de 50%, as quais são consideradas áreas frágeis, estão: "Respostas não punitivas aos erros" (27,5%), "Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/ serviços" (37,9%) e "Trabalho em equipe entre unidades" (43,5%).

São consideradas adequadas as dimensões que apresentam percentual de respostas positivas entre 50% e 75%. Dentre as com maior positividade e potencial de melhora estão: "Trabalho em equipe dentro das unidades" (71,5%), "Feed back e comunicações sobre erros" (62,5%) e "Frequência de eventos notificados" (54,4%). Assim, pode-se observar que a Instituição possui quatro dimensões como pontos frágeis da cultura de segurança do paciente, duas como ponto forte e seis dimensões consideradas adequadas (Quadro 1).

Quadro 1: Percentual de positividade das dimensões

Dimensão	Percentual de Positividade	Classificação
a) Frequência de eventos notificados	54,40%	Adequado
b) Percepção de segurança	45,50%	Frágil
c) Expectativas e ações da direção/ supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança	75,50%	Forte

Dimensão	Percentual de Positividade	Classificação
d) Aprendizagem organizacional/melhoria continuada	80,40%	Forte
e) Trabalho em equipe na unidade/serviço	71,50%	Adequado
f) Abertura para comunicações	59,10%	Adequado
g) Feedback e comunicação sobre erros	62,50%	Adequado
h) Respostas não punitivas para erros	27,50%	Frágil
i) Dimensionamento de pessoal	51,70%	Adequado
j) Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente	53%	Adequado
k) Trabalho em equipe entre unidades	43,50%	Frágil
l) Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços	37,90%	Frágil

Fonte: Adaptado pela autora a partir de a partir de Hospital Survery on Patient Safety Culture (Famaloro *et al.*, 2012).

Em relação ao percentual de positividade de cada pergunta da dimensão, os resultados encontrados estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Percentual de positividade de cada pergunta da dimensão

Dimensão	Percentual de Positividade	Respostas positivas (N)
a) Frequência de eventos notificados		
Os erros identificados e corrigidos antes de afetar o paciente são notificados com que frequência?	56,80%	166
Os erros que não representam risco de dano ao paciente são notificados com que frequência?	48,30%	139

Dimensão	Percentual de Positividade	Respostas positivas (N)
Os erros que poderiam causar danos ao paciente, mas não causaram, são notificados com que frequência?	57,90%	168
b) Percepção de segurança		
Aqui não acontecem mais erros graves porque temos sorte	71,30%	235
A segurança do paciente nunca é comprometida em decorrência de maior quantidade de trabalho	22,20%	74
Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	32,40%	107
Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	55,80%	192
c) Expectativas e ações da direção/ supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança		
O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos	70,90%	234
O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhoria da segurança do paciente	71,30%	239
Sempre que a demanda aumenta, meu supervisor/chefe quer que trabalhemos mais rápido, mesmo que isso signifique "pular etapas"	78,40%	261
O meu supervisor/chefe não dá atenção o suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	81,60%	270

Dimensão	Percentual de Positividade	Respostas positivas (N)
d) Aprendizagem organizacional/ melhoria continuada		
Estamos adotando medidas para melhorar a segurança do paciente	89,10%	306
Quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo	85,10%	286
Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos sua efetividade	66,50%	218
e) Trabalho em equipe na unidade/serviço		
Nesta unidade, as pessoas apoiam umas às outras	69,10%	243
Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente	76,10%	269
Nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito	78,70%	278
Quando alguém nesta unidade está sobre-carregado, recebe ajuda de seus colegas	62,10%	214
f) Abertura para comunicações		
Os profissionais têm liberdade para se expressar ao observarem algo que pode afetar negativamente o cuidado ao paciente	77,10%	256
Os profissionais sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus supervisores	47,90%	161
Os profissionais têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo	52,50%	177

Dimensão	Percentual de Positividade	Respostas positivas (N)
g) *Feedback* **e comunicação sobre erros**		
Somos informados sobre mudanças implementadas em decorrência de notificação de eventos	58,10%	191
Somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	57,40%	193
Nesta unidade, discutimos maneiras de prevenir erros a fim de evitar que eles se repitam	71,80%	242
h) Respostas não punitivas para erros		
Os profissionais consideram que seus erros podem ser usados contra eles	22,90%	79
Quando um evento é notificado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema	38,90%	131
Os profissionais temem que seus erros sejam registrados em suas fichas funcionais	20,70%	70
i) Dimensionamento de pessoal		
Temos profissionais suficientes para dar conta da carga de trabalho	41,70%	146
Às vezes, não se proporciona o melhor cuidado para o paciente porque a carga de trabalho é excessiva	40,30%	133
A quantidade de profissional temporário/terceirizado é excessiva, prejudicando o cuidado do paciente	76,90%	257
Nós trabalhamos sob pressão tentando fazer muito e rápido	48,40%	165

Dimensão	Percentual de Positividade	Respostas positivas (N)
j) Apoio da gerência do hospital para a segurança do paciente		
A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente	55,10%	184
As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é uma prioridade	54,70%	181
A direção do hospital só demonstra interesse na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	49,20%	157
k) Trabalho em equipe entre unidades		
As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	32,10%	107
Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	41,10%	134
Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais de outras unidades do hospital	52,80%	169
As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	48,50%	159
l) Problemas em mudanças de turno e transições entre unidades/serviços		
O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido para outros setores do hospital?	29,60%	84
É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou turno	41,50%	119
Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	30,20%	90
Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes	50,30%	145

Fonte: Adaptado pela autora a partir de a partir de Hospital Survery on Patient Safety Culture (Famaloro *et al.*, 2012).

Em relação ao número de eventos relatados pelos funcionários no último ano, pode-se perceber que apenas 91 funcionários (38%) responderam essa pergunta, sendo que toda a amostra participante disse ter notificado no mínimo um evento. O restante da amostra (62%) não relatou quantos eventos notificaram nos últimos 12 meses (Tabela 3).

Tabela 3: Quantidade de eventos notificados, nos últimos 12 meses

Quantidade de eventos adversos notificados	N	%
Nenhuma notificação	0	0.0%
de 1 a 2 casos	33	36,30%
de 3 a 5 casos	34	37,40%
de 6 a 10 casos	16	17,60%
de 11 a 20 casos	3	3,30%
mais de 21 casos	5	5,50%
TOTAL	91	100,00%

Fonte: Adaptado pela autora a partir de a partir de Hospital Survery on Patient Safety Culture (Famaloro *et al.*, 2012).

DISCUSSÃO

A equipe de enfermagem compreendeu a maior parte de profissionais com adesão ao questionário, assim como em outros estudos realizados com equipes multiprofissionais, devido à grande quantidade de profissionais dessa categoria presentes no hospital e o quanto essa classe está articulada ao cuidado direto e integral do paciente (Moretão, 2019; Lopez *et al.*, 2020). Em relação aos participantes em contato direto com o paciente, houve um resultado semelhante ao encontrado no estudo de Mota (2018), no qual 71,7% dos profissionais indicavam ter contato direto com o paciente.

A dimensão "resposta não punitiva ao erro" obteve a menor proporção de respostas positivas, correspondendo a 27,5% de positividade, equiparando-se a outro estudo realizado em uma instituição pública de ensino

na qual essa também foi considerada a área mais frágil, apresentando somente 19,1% de respostas positivas (Moretão, 2019). De acordo com a revisão bibliográfica de Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas (2021), dos 36 estudos brasileiros selecionados com o objetivo de avaliar a cultura de segurança do hospital entre os anos de 2013 e 2020, 30 apresentaram essa dimensão como área mais crítica, notando uma prevalência desse resultado em outros estudos realizados no Brasil.

Esse fator, influencia na subnotificação, uma vez que o funcionário pode se sentir desencorajado e apreensivo em reportar um evento adverso vivenciado, que pode ser impulsionado por medo da repressão de seu supervisor, vergonha e receio de ser responsabilizado por seus erros, que podem refletir em advertências e demissões (Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas, 2021 Sanchis et al., 2020). Os resultados da Tabela 2 reforçam essa afirmativa, uma vez que apenas 38% dos funcionários participantes do estudo responderam quantos eventos adversos notificaram, o que se tornou uma limitação para o estudo.

Os hospitais devem buscar proporcionar um ambiente de trabalho seguro e confiável, fornecendo uma cultura justa, não atribuindo somente ao funcionário a culpa frente ao erro, mas sim priorizando a identificação dos possíveis fatores que originaram o incidente e encontrando nessas falhas as oportunidades de implementar melhorias no processo. Evidencia-se, portanto, a importância do incentivo a notificação de eventos, com a finalidade de melhorar os parâmetros da cultura (Mota, 2018).

De acordo com Schuh, Krug e Possuelo (2020), a excelência no serviço prestado depende de um trabalho em equipe baseado no apoio e respeito mútuo entre os profissionais da unidade hospitalar, visando a um mesmo propósito, que é o bem-estar do paciente. No estudo em questão, a dimensão "trabalho em equipe no mesmo setor", embora não atinja o mínimo exigido para ser classificada como fortalecida, exibe potencial de melhora, uma vez que os itens que a compõe apresentam percentuais positivos: 78,7% dos profissionais relatam que "*nesta unidade, as pessoas se tratam com respeito*" e 76,1% concordam que "q*uando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente*". O mesmo se repete em outros estudos brasileiros, demonstrando que os profissionais da mesma categoria ou unidade se acolhem e cooperam entre si quando necessário (Notaro *et al.*, 2019; Serrano *et al.*, 2019).

Em contrapartida, a mesma situação não foi encontrada na categoria "trabalho em equipe entre as unidades", demonstrando que as relações de ajuda e comunicação entre os profissionais de diferentes setores do hospital é considerada frágil. Mais da metade participantes aponta que é desagradável a relação com os profissionais de outras unidades do hospital e, de acordo com 32,1%, esses setores não estão bem coordenados entre si.

O estudo de Moretão (2019) traz relatos de profissionais de enfermagem acerca dessa dimensão, a qual totalizou apenas 31,1% de respostas positivas. Esses relatos revelam que as falhas na comunicação entre as equipes durante a internação do paciente têm impactos na assistência em saúde e, por vezes, ocasiona a privação de dieta e hidratação por via oral, desnecessária para realização de um exame, além de outros erros que refletem negativamente na qualidade do cuidado.

Outros estudos realizados no Brasil evidenciam que é um padrão essa dimensão ser considerada frágil, o que demonstra uma fragmentação do cuidado pelos diferentes profissionais da saúde, geralmente impulsionada por uma visão hierárquica, na qual os profissionais se sentem afastados e, por vezes, deixam de se comunicar, principalmente com a categoria médica. Cabe a gestão hospitalar, em conjunto com os chefes e profissionais, implementar estratégias para possibilitar uma comunicação assertiva, decompondo essa visão ainda existente no hospital. Assim, possibilitar-se-á uma melhor interação e organização entre as unidades, o que contribui para a continuidade do cuidado de qualidade ao paciente (Lopez et al., 2020; Sanchis et al., 2020; Magalhães et al., 2021).

A variável de passagem de plantão ou de turno/transferência é a segunda mais frágil. Neste estudo, 50,3% dos profissionais afirmam que "*Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes*". Tal fragilidade também pode ser observada no estudo de Carmo, Mendoza e Gouveia (2019), cujo percentual de respostas positivas nessa dimensão foi menor de 50% nas três instituições hospitalares pesquisadas.

A perda de informações relevantes sobre o cuidado com o paciente durante as mudanças de plantão ou transferências internas podem ocasionar danos irreversíveis. Uma comunicação eficiente entre as equipes e o comprometimento em dedicar o tempo necessário durante

essa transferência favorecem um cuidado continuado e seguro, uma vez que os maiores erros ocorrem nos plantões noturnos, quando o paciente não está acordado e alerta para passar as informações sobre o seu quadro clínico e especificidades (Carmo, Mendoza e Gouveia, 2019; Magalhães *et al.*, 2021).

Assim, no presente estudo, assim como no estudo de Magalhães *et al.* (2021), as dimensões relacionadas à comunicação e a transição de cuidados entre equipes foram consideradas frágeis e com potencial para serem fortalecidas. Segundo autores, a individualidade entre os setores implica em um pensamento voltado ao cuidado individual e não ao coletivo e integral, gerando um distanciamento entre os profissionais e serviços, prejudicando o cuidado.

O ponto de maior força da instituição está na "aprendizagem organizacional/melhoria continuada", visto que a maioria dos profissionais participantes do estudo apontam que a organização adota medidas visando a melhora da segurança do paciente e que, após implementar essas mudanças, ocorre a avaliação da efetividade da mesma. Além disso, 85,1% afirmam que, "quando se identifica um erro na atenção ao paciente, adotamos medidas para preveni-lo", contribuindo para alcançar uma cultura de segurança positiva.

As instituições devem estar sempre em busca contínua por melhoria, acoplando a cultura de segurança de forma integral, estabelecendo protocolos para atendimentos complexos e buscando a aprendizagem contínua desses profissionais, interiorizando de forma permanente os valores e atitudes a respeito da segurança do paciente. Os gestores, junto ao Núcleo de Segurança do Paciente, devem usar o erro como uma forma de aprendizado e prevenção aos futuros eventos adversos (Prieto, Fonseca e Zem-Mascarenhas, 2021; SÁ *et al.*, 2022).

CONCLUSÃO

Este estudo disponibilizou informações que permitiram a análise da cultura de segurança do hospital estudado, caracterizando suas áreas de maior força, bem como as mais fragilizadas.

A cultura de segurança do paciente encontra-se em nível satisfatório, dado que, das 12 dimensões avaliadas, somente 4 encontram-se abaixo do nível mínimo aceitável.

Destacam-se como pontos positivos "aprendizagem organizacional/melhoria continuada", "expectativas e ações da direção/supervisão da unidade/serviço que favorecem a segurança" e "trabalho em equipe na unidade" como área potencial para desenvolver a cultura fortalecida.

A comunicação ineficaz foi considerada a maior fragilidade presente na instituição, sendo necessário o envolvimento dos líderes e gestores no enfrentamento desse desafio.

Esses dados tornam-se importantes para compreender a cultura da segurança do paciente a partir da percepção da equipe multiprofissional acerca dos entraves relacionados à segurança. Ainda, possibilita que as dimensões classificadas como fortalecidas, contribuam com o processo de melhoria da segurança do paciente na instituição.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. E. L. de *et al*. Adaptação e validação do Hospital Survey on Patient Safety Culture em versão brasileira eletrônica. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online], v. 26, n. 3, p. 455-468, 2017. ISSN 2237-9622. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300004. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 22 jul. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARMO, J. M. A.; MENDOZA, I. Y. Q., GOUVEIA, V. R.. Culture of patient

safety in hospital units of gynecology and obstetrics: a cross-sectional study. **Rev Bras Enferm.**, v. 73, n. 5, e20190576, 2020. DOI: 10.1590/0034-7167-2019-0576. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/dQNgdZBhsdHdPvJJHVY4G4B/?lang=en. Acesso: 13 jul. 2022

CLARO, C. M.; KROCOCKZ, D. V. C.; TOFFOLLETO, M. C.; PADILHA, K. G. Adverse events at the intensive care unit: nurses' perception about the culture of no punishment. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [Internet], v. 45, n. 1, p. 167-172, mar. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100023. Acesso em: 1 jul. 2021.

FAMOLARO, T. *et al*. **Hospital Survey on Patient Safety Culture 2016 User Comparative Database Report**. (Prepared by Westat, Rockville, MD, under Contract No. HHSA 290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2016.

LOPEZ, E. C. M. S; CRUZ, E. D. A; ALPENDRE, F. T; BATISTA. J. Cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas de hospitais de ensino. **REME - Rev Min Enferm.**, v. 24, 2020. DOI: 10.5935/1415-2762.20200027. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1096504. Acesso em: 12 jun. 2022.

MAGALHÃES, V. E. *et al*. Cultura de segurança do paciente entre profissionais de Enfermagem em um hospital filantrópico de Minas Gerais. **Rev Cuid.**, Bucaramanga, v. 12, n. 3, e1990, dez. 2021. DOI: https://doi.org/10.15649/cuidarte.1990. Acesso em: 13 jul. 2022.

MOTA, G. C. H. F. **A percepção de profissionais de saúde sobre cultura de segurança do paciente em hospital universitário**. 2018. Dissertação (Mestrado em Produção e Controle Farmacêuticos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. DOI:10.11606/D.9.2018.tde-12112018-151750. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/9/9139/tde-12112018-151750/pt-br.php. Acesso em: 13 jul. 2022.

MORETÃO, D. I. C. **A cultura de segurança do paciente em unidades cirúrgicas**

de um hospital de ensino da rede pública de saúde. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-996754. Acesso em: 13 jul. 2022.

NOTARO, K. A. M. *et al*. Cultura de segurança da equipe multiprofissional em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de hospitais públicos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 27, e3167, 2019. Epub 19 ago. 2019. ISSN 1518-8345. DOI: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2849.3167. Acesso em: 13 jul. 2022.

OLIVEIRA, R. M. *et al*. Strategies for promoting patient safety: from the identification of the risks to the evidence-based practices. **Esc Anna Nery** [Internet], v. 18, n. 1, p. 122-129, mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141414520140001001 22&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2022.

PRIETO, M. M. N.; FONSECA, R. E. P.; ZEM-MASCARENHAS, S. H. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 74, n. 6, e20201315, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1315. Acesso em: 15 jul. 2022.

REIS, C. T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 7, p. 2029-2036, July 2013 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000700018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 11 jun. 2022.

SÁ, J. D. S. de.; ROCHA, M. de A. *et al*. Patient safety in the Intensive Care Unit: historical review and reflections. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 5, p. e37811528502, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i5.28502. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/28502. Acesso em: 11 jun. 2022.

SANCHIS, D. Z. *et al*. Patient safety culture: perception of nursing professionals in high complexity institutions. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v.

73, n. 5, e20190174, 2020. Epub 01 Jul 2020. ISSN 1984-0446. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0174. Acesso em: 11 jun. 2022.

SERRANO, A. C. F. F; SANTOS, D. F.; MATOS, S. S.; GOVEIA, V. R.; MENDOZA, I. Y. Q.; LESSA, A. C.. Avaliação da cultura de segurança do paciente em um hospital filantrópico. **REME – Rev Min Enferm.**, v. 23, n. 1, e-1183, 2019. DOI: https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190031. Acesso em: 11 jun. 2022.

SCHUH, L. X.; KRUG, S. B. F.; POSSUELO, L. Cultura de segurança do paciente em unidades de urgência/emergência. **Rev. Fun. Care Online**, n. 12, p. 616-621, jan/dez 2020. DOI: http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v12.8983. Acesso em: 12 jun. 2022.

WHO - World Health Organization. **Conceptual framework for the international classification for patient safety**. Genebra, 2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_ report_en.pdf. Acesso em: 10 jun. 2022.WHO - World Health Organization. World Alliance for Patient Safety: forward programme. Genebra, 2005. Disponível em: https://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf. Acesso em 12 abr. 2019.

23

LORENA FERREIRA
CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI
MARLY MARQUES DA CRUZ

DESENHO PARA AVALIAÇÃO DE IMPLEMENTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NOS ESTADOS BRASILEIROS

INTRODUÇÃO

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é considerada uma proposta política-pedagógica destinada a refletir e a intervir na qualificação do processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), além de ser uma estratégia de gestão para a reorganização do sistema de saúde brasileiro e atuar como ferramenta de aproximação entre o cotidiano dos trabalhadores e as necessidades da população (Rossetti *et al.*, 2019).

Tal proposta tornou-se política pública no Brasil por meio da Portaria nº 198/2004, a qual instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), com o objetivo de contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde e dos processos formativos. Em 2007, a Portaria nº 1.996/2007 definiu novas diretrizes e estratégias de implementação da PNEPS (Brasil, 2007).

A necessidade da formação de recursos humanos para atuação no SUS ficou ainda mais evidente a partir da implementação do modelo de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde (APS), com base no Programa Saúde da Família e, posteriormente, na Estratégia Saúde da Família (ESF) (Fortuna *et al.*, 2013). Com a Estratégia, propõe-se que a atenção à saúde seja centrada na família, com o contato direto entre profissionais da saúde e a população, permitindo-lhes maior compreensão das necessidades de saúde das pessoas (Oliveira; Pereira, 2013).

A PNEPS tem como objetivo fortalecer as práticas em APS e destina-se, assim, às equipes de saúde inseridas na rede de serviços. Dentre as iniciativas de EPS desenvolvidas na APS pelos profissionais de saúde, nota-se, principalmente, a existência de ações relacionadas com os recursos tecnológicos, como a educação à distância e o Telessaúde; as

aproximações entre ensino e serviço, como o Pró e o Pet-Saúde; e as ações relacionadas ao cotidiano do trabalho, como as rodas de conversa e as reuniões de equipe (Ferreira *et al.*, 2019).

Entretanto, ainda é necessário o reconhecimento e legitimação da EPS como movimento e política educativa, tanto por parte dos profissionais quanto dos gestores no cenário de suas práticas na APS. Essa cultura de desvalorização das ações educativas com foco na EPS faz perpetuar a descontinuidade e o não envolvimento de todos os profissionais em suas práticas, além de contribuir para a indefinição de políticas de saúde atreladas ao contexto político e institucional e à avaliação dessas práticas (Silva; Scherer, 2020).

Dessa forma, faz-se necessária uma discussão sobre a estruturação de práticas avaliativas das ações de EPS para o alcance dos objetivos da PNEPS no âmbito da APS, além dessas práticas avaliativas poderem auxiliar os trabalhadores quanto à reflexão sobre suas práticas de saúde e os gestores na formulação de políticas e na tomada de decisão e de ampliar as possibilidades de os usuários obterem o cuidado em saúde que necessitam e desejam (Silva; Santos, 2021).

Nota-se que o desenvolvimento das ações de EPS baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformação das práticas profissionais. Todavia, essas ações também demandam planejamento, monitoramento e avaliação. Nesse sentido, a PNEPS prevê que as práticas avaliativas possam acompanhar as fases do desenho da ação de EPS, bem como a análise dos resultados e a formulação de um juízo de valor acerca do alcance dos objetivos formulados (Brasil, 2018a; Vendruscolo *et al.*, 2018). Dessa forma, torna-se relevante, para a concretização da PNEPS, a identificação dos efeitos das ações desenvolvidas por meio de mecanismos de avaliação dos processos de EPS, bem como mecanismos de monitoramento que possibilitem ordenar ou reordenar cada articulação interinstitucional na política de formação para a área da saúde.

Ademais, embora a PNEPS seja única, ela será influenciada pelas características de cada localidade, assumindo uma identidade própria em cada região do país, o que justifica a realização de estudos avaliativos com dados de determinada localidade. De acordo com Castro (2014), o conhecimento da estruturação dessa política em um cenário específico

permite maior compreensão de como ela alcança o cotidiano dos serviços e sua realidade local, seja no âmbito estadual, regional ou municipal.

Diante disso, verificou-se a necessidade de elaborar uma proposta de avaliação que pudesse refletir a realidade da implementação da PNEPS nos estados brasileiros que fosse capaz de gerar subsídios ao aprimoramento do planejamento, da gestão dos serviços e do cuidado em saúde. Assim, para a avaliação do grau de implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros, uma proposta de avaliação foi desenvolvida a partir da construção de um Modelo Lógico e de uma Matriz de Análise e Julgamento.

METODOLOGIA

Trata-se da elaboração de uma proposta de avaliação da PNEPS na APS nos estados brasileiros. Seu desenho foi definido a partir do foco da avaliação de implementação e das seguintes perguntas avaliativas: a) Há aspectos relativos à estrutura (recursos) e ao processo (ações) para a implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros?; b) Houve mudanças quanto à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores para a saúde, conforme o proposto na PNEPS?; c) Quais os possíveis fatores do contexto que facilitam e/ou dificultam a implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros?

Para estruturação da proposta, partiu-se da ideia de estabelecer em que medida a intervenção, nesse caso a PNEPS, está sendo implementada nos estados brasileiros conforme concebida. Esse tipo de avaliação presume: a determinação do grau de implementação da intervenção a partir da construção de critérios de avaliação, organizados a partir das dimensões escolhidas para orientar a análise; e a identificação dos fatores do contexto que podem explicar o grau de implementação alcançado, tanto quanto aos aspectos favoráveis quanto às barreiras encontradas (Champagne *et al.*, 2011a).

Esta proposta de avaliação de implementação foi elaborada com base na junção de duas das tipologias de análise de implementação de Champagne *et al.* (2011a), uma voltada para a avaliação da influência das

características do contexto no grau de implementação da PNEPS nos estados brasileiros e outra focada na avaliação da influência da interação entre o contexto da implementação da PNEPS nos efeitos observados. Esta proposta consiste em um Modelo Lógico (ML) e na Matriz de Análise e Julgamento (MAJ) da política.

O ML traduz-se em uma representação esquemática dos componentes de uma intervenção (política ou programa de saúde), da sua forma de operacionalização e das relações entre os recursos necessários, as ações e os efeitos esperados, visando alcançar os objetivos da intervenção (Champagne *et al.*, 2011b). O esquema visual do ML de Implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros foi elaborado de acordo com a proposta de Bezerra, Cazarin e Alves (2010), que compreende cinco fases de construção: a) coleta de informações sobre a intervenção, provenientes de diversas fontes: documentos oficiais da intervenção; legislação sobre o assunto; resultados de pesquisas; e experiência de gestores, avaliadores e profissionais da área; b) definição do problema objeto da intervenção; c) identificação dos componentes do ML; d) desenho do ML; e e) validação do ML.

Para a construção do ML, foi utilizado como base o "Modelo Lógico da Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na APS no município de Vitória, Espírito Santo" construído e validado (Ferreira *et al.*, 2020). No que tange à definição dos componentes técnicos do ML, foram utilizadas informações da "Matriz de Análise do processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde nos Estados" (Brasil, 2018b). Foram, também, identificados e selecionados documentos oficiais a respeito da intervenção publicados no período entre 2008 e 2020, dentre eles: Portaria nº 1996/2007 da PNEPS; Relatórios Anuais de Gestão e Planos Nacionais de Saúde; resultados de pesquisas científicas disponíveis sobre a intervenção em âmbito nacional (Brasil, 2018b, 2018c; Gonçalves *et al.*, 2019); e a experiência desta autora com o cenário da coleta de dados no campo da pesquisa nacional de atualização da PNEPS, realizada entre 2017 e 2018 (Brasil, 2018b).

Foram extraídas, dos documentos selecionados, as informações referentes ao processo organizacional para implementação das ações de EPS, os atores envolvidos, os recursos disponíveis e os principais produtos e resultados obtidos, por meio do preenchimento de um roteiro de extração de dados. Para a análise dos documentos, assim como para a definição dos

componentes técnicos relacionados à implementação da PNEPS na APS, foi utilizada a análise de conteúdo temática (Bardin, 2011).

Além do ML, foi também elaborada, como parte desta proposta de avaliação, uma MAJ da PNEPS na APS nos estados brasileiros com base em Champagne *et al*. (2011a). Essa MAJ contém dimensões e subdimensões de análise, critérios, classificação da pontuação e respectivo padrão, além de parâmetros para avaliação.

Para a definição das dimensões e subdimensões detalhadas na MAJ, utilizou-se como base o ML da PNEPS aqui elaborado, além de informações contidas nos seguintes documentos: Modelo de Governança das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (Brasil, 2014); Guia Prático de Avaliação de Políticas Públicas (Brasil, 2018a); e "Matriz de Análise do processo de Implementação da Política de Educação Permanente em Saúde nos Estados" (Brasil, 2018b). Foi realizada uma análise de conteúdo temática (Bardin, 2011) de tais documentos. Posteriormente, foram elaborados os critérios, a classificação da pontuação de cada critério e seu respetivo padrão, além da definição dos parâmetros para avaliação do grau de implementação da PNEPS nos estados brasileiros.

RESULTADOS

A construção do ML partiu da compreensão do Modelo de Governança das RAS, que consiste em um arranjo institucional-organizativo que favorece a gestão dos componentes das redes e busca fortalecer relações de cooperação e solidariedade entre os distintos atores, para obter resultados mais satisfatórios para a região (Casanova *et al*., 2017). Esse arranjo abrange três aspectos: o institucional, por meio do fortalecimento das instâncias gestoras do SUS; o gerencial, com organização de grupos condutores das regiões responsáveis pela elaboração dos diagnósticos regionais, pelo desenho dos planos de ação, pelo acompanhamento da implementação e pelas articulações com os atores envolvidos; e o financeiro.

A definição dos componentes técnicos teve como foco a governança estadual no que consistem as estratégias de fortalecimento desenhadas

e o processo de coordenação para a implementação da PNEPS na APS, o que implica o aperfeiçoamento da interação entre atores diversos, de forma a articular interesses que possibilitem o alcance dos objetivos dessa política no âmbito do estado.

Com base nas informações oriundas de publicações científicas que foram utilizadas para a construção do ML, juntamente com as informações obtidas na análise documental, foram definidos quatro componentes para compor o ML. O primeiro e o segundo componentes dizem respeito à *Articulação Política Interinstitucional* e ao *Planejamento*, que se referem, respectivamente, à existência de dependência e, ao mesmo tempo, cooperação entre os diversos atores ou instâncias envolvidos em uma finalidade comum, entre agentes da mesma esfera de governo e nível hierárquico e/ou de esferas e níveis hierárquicos diferentes, para que haja êxito da política em questão (Peters, 2011). Quanto ao segundo componente, perpassa pela formalização oficial da política, com o estabelecimento de normas e padrões, por exemplo, para a constituição de arcabouços legais com vistas à sua sustentação (Procopiuck, 2013).

Os aspectos relacionados à capacidade organizacional e aos recursos referentes à PNEPS foram incluídos no terceiro componente, *Coordenação dos Recursos*, que corresponde à disponibilidade de recursos conforme previsto para a execução das ações, aplicáveis de acordo com as prioridades e os objetivos da política pública (Casanova *et al.*, 2017). Engloba não somente a existência de recursos orçamentários e financeiros, mas também a disponibilidade apropriada de materiais, de equipamentos, de instalações físicas e de pessoas.

O quarto componente, denominado *Orientação Técnica, Conceitual e Prática,* é compreendido pelos aspectos estruturais e conceituais da própria política (Vuori, 1991). Baseados nos preceitos da PNEPS, tais aspectos incidem nas ações e nos programas de formação segundo a lógica da EPS e na participação de atores e instituições nos processos formativos e nas práticas de EPS, referindo-se à existência e à utilização de instrumentos para avaliar os processos formativos e a qualificação técnica dos atores diretamente envolvidos na condução das ações e estratégias de EPS.

O desenho do ML traduz-se em um esquema visual sobre a política, expondo o funcionamento da mesma e fornecendo uma base objetiva a respeito da relação causal entre seus elementos (componentes, insumos,

produtos e resultados) (Champagne *et al.*, 2011b). A construção do ML de Implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros (Figura 1) buscou traduzir, então, a forma de operacionalização da política e resultar em uma melhor compreensão de seus componentes essenciais e do contexto que a envolve, constituindo-se na primeira etapa de uma avaliação.

Figura 1: Modelo Lógico de Implementação da PNEPS na APS nos Estados brasileiros. Brasil, 2023. (Continua)

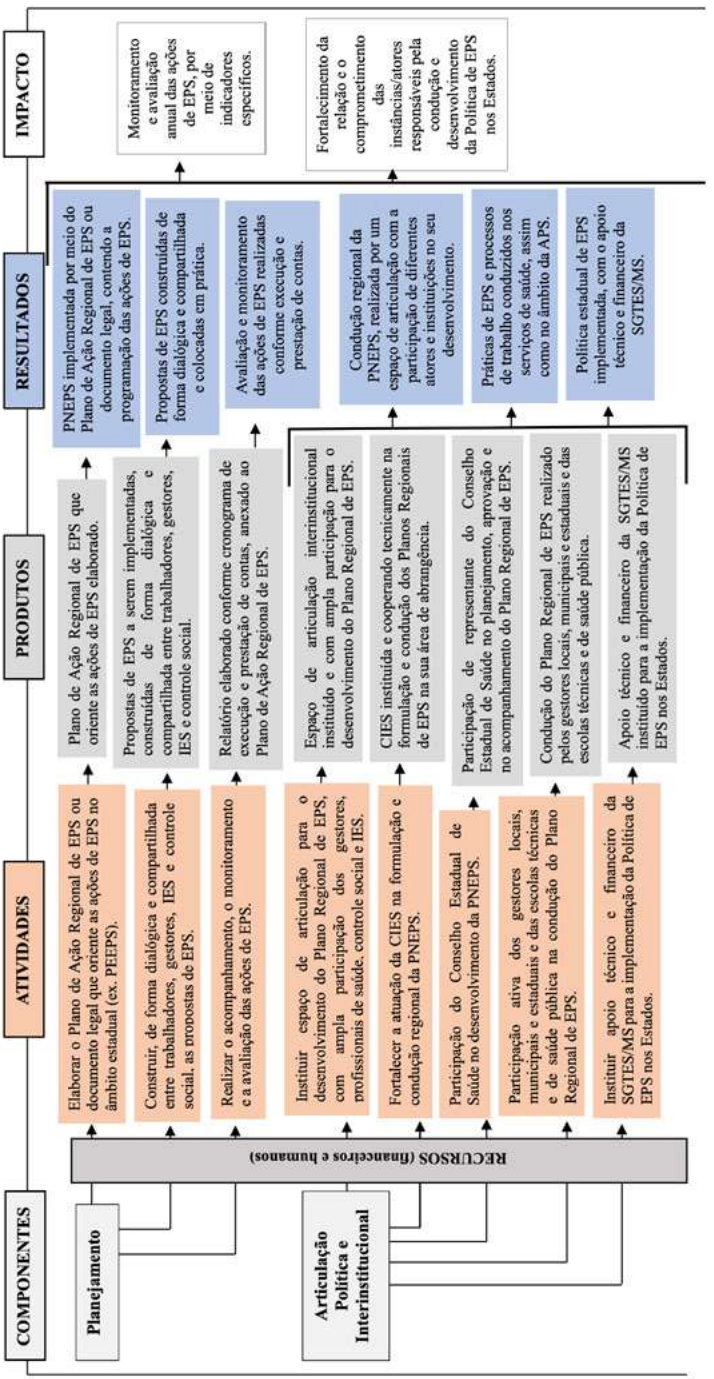
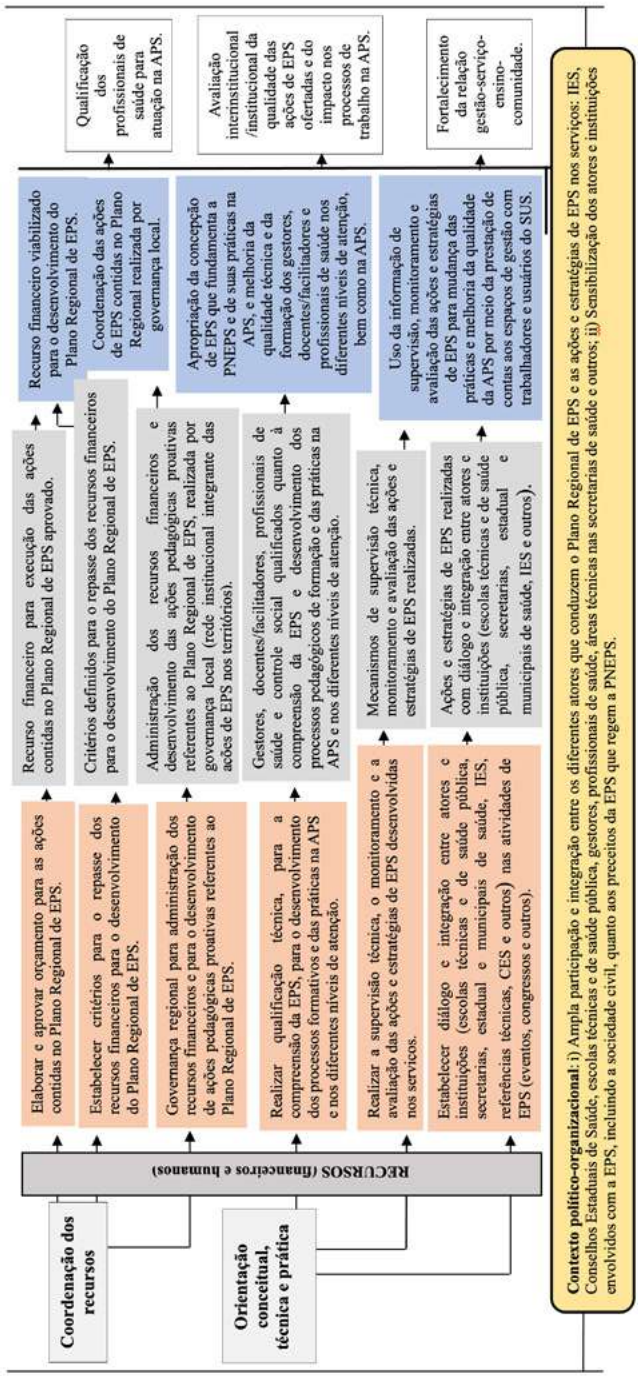


Figura 1: Modelo Lógico de Implementação da PNEPS na APS nos Estados brasileiros. Brasil, 2023. (Termina).



APS: Atenção Primária à Saúde; CIES: Comissão de Integração Ensino-Serviço; CES: Conselho Estadual de Saúde; EPS: Educação Permanente em Saúde; IES: Instituição (ões) de Ensino Superior; PEEPS: Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde; SGTES/MS: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde.

Fonte: Adaptado a partir de Ferreira et al. (2020).

Após a elaboração desse ML, visando completar a proposta de avaliação do grau de implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros, foi elaborada uma MAJ contendo dimensões de avaliação definidas com base na construção do ML e nos componentes do próprio modelo. As seguintes dimensões de avaliação estão apresentadas na MAJ proposta: *Governança*, *Disponibilidade* e *Qualidade Técnica*.

A primeira dimensão explicitada na MAJ refere-se à *Governança* e compreende a capacidade dos estados de implementar a PNEPS para que sejam alcançados os objetivos dessa política. Ela divide-se nas subdimensões *Coordenação Política Interinstitucional* e *Planejamento*, que se referem, respectivamente, à capacidade organizacional das instâncias regionais em implementar a PNEPS nos estados brasileiros e existência de coordenação e de articulação entre os diversos atores e instâncias para o desenvolvimento da política; e à constituição de arcabouços legais para a sua sustentação. Além disso, estão previstas, na subdimensão *Planejamento,* a existência e a utilização de instrumentos para avaliar os processos formativos e as práticas de EPS.

Os aspectos relacionados à capacidade de gestão dos recursos referentes à PNEPS foram incluídos na segunda dimensão da MAJ, denominada *Disponibilidade,* tendo como subdimensão a *Suficiência,* que corresponde à disponibilidade de recursos orçamentários, financeiros e materiais, além de equipamentos, instalações e pessoas, conforme previsto no planejamento para a execução das ações da política.

A terceira dimensão refere-se à *Qualidade técnica,* compreendida pelos aspectos estruturais da própria política e dividida nas subdimensões *Técnica* e *Formação*. A subdimensão *Técnica* incide nas ações e nos programas de formação e qualificação dos trabalhadores da saúde na lógica da EPS, enquanto a *Formação* compreende a participação de Instituições de Ensino Superior (IES) e Escolas Técnicas na formação e na qualificação dos profissionais de saúde e na própria participação dos profissionais de saúde nos processos formativos e práticas de EPS, com existência de integração profissional e mudança da prática profissional.

A partir da definição das dimensões e subdimensões, foram definidos 18 critérios de análise, com sua respectiva fonte de informação, assim como o método para aferir cada critério, os quatro níveis para a classificação de cada critério, com a pontuação necessária a cada um deles, e seu respectivo padrão. Essa organização está explicitada na MAJ (Quadro 1).

Quadro 1: Matriz de Análise e Julgamento da PNEPS na APS nos estados brasileiros. Brasil, 2023.

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
Governança	**Coordenação Política Interinstitucional** (existência da articulação entre os diversos atores e instâncias e, da coordenação para o desenvolvimento da política)	Articulação da gestão estadual com a CIES na condução e desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Existência de articulação entre a ges e a CIES na condução e desenvolvim PNEPS nos Estados
		Atuação da CIES no planejamento e desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Existência da atuação da CIES nos E

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
tão estadual ento da	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES e; com representante da coordenação de cada CIES do Estado)	1.Sempre se articulam 2.Às vezes se articulam 3.Quase nunca se articulam 4.Nunca se articulam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma articulação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma articulação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma articulação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma articulação	Sempre
stados	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES e; com representante da coordenação de cada CIES do Estado)	1.Sempre atuam 2.Às vezes atuam 3.Quase nunca atuam 4.Nunca atuam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma atuação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma atuação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma atuação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma atuação	Sempre

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
Governança	**Coordenação Política Interinstitucional** (existência da articulação entre os diversos atores e instâncias e, da coordenação para o desenvolvimento da política)	Parceria e articulação das diferentes instituições, representando o ensino, serviço, gestão e controle social, envolvidas na formação e qualificação em saúde nos Estados	Existência de parceria e articulação diferentes instituições, representan serviço, gestão e controle social, env formação e qualificação em saúde no
		Participação do Conselho Estadual de Saúde em parceria com a SES no desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Participação direta do Conselho Est de Saúde em parceria com a SES no desenvolvimento da PNEPS nos Est
		Atuação da SGTES/MS na implementação da PNEPS nos Estados	Existência da atuação da SGTES/M à implementação da PNEPS nos Est

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
das do o ensino, volvidas na os Estados	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado; com representante dos usuários no CES; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado e; com docentes representando as IES, de cada região de saúde do Estado)	1.Sempre se relacionam 2.Às vezes se relacionam 3.Quase nunca se relacionam 4.Nunca se relacionam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma parceria e articulação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma parceria e articulação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma parceria e articulação 4. Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma parceria e articulação	Sempre
tadual tados	Entrevista (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado; com representante dos usuários no CES)	1.Sempre participam 2.Às vezes participam 3.Quase nunca participam 4.Nunca participam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma participação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma participação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma participação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma participação	Sempre
IS no apoio tados	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado)	1.Sempre participam 2.Às vezes participam 3.Quase nunca participam 4.Nunca participam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma participação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma participação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma participação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma participação	Sempre

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
Governança	**Planejamento** (constituição de arcabouços legais para a sua sustentação. Além da existência e utilização de instrumentos para avaliar os processos formativos e práticas de EPS)	Elaborar Plano de Ação Regional ou documento legal que oriente o desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Ter o Plano de Ação Regional ou doc legal que oriente o desenvolvimento nos Estados
		Participação do Estado e de parceiros, com representação na gestão e controle social, na elaboração do Plano de Ação Regional ou documento legal que oriente o desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Participação direta do Estado com o parceiros, com representação na gest controle social, na elaboração do Pla Ação Regional ou documento legal q o desenvolvimento da PNEPS nos Es
		Utilização de instrumentos para monitoramento e avaliação dos processos formativos e das práticas em EPS desenvolvidas nos Estados, de acordo com as diretrizes da PNEPS	Existência de instrumentos para mo e avaliar os processos formativos e as práticas em EPS desenvolvidas nos E de acordo com as diretrizes da PNEP

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
umento da PNEPS	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado e; com representante dos usuários no CES)	1.Excelente 2.Adequado 3.Pouco adequado 4.Inadequado	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir algum Plano de Ação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir algum Plano de Ação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir algum Plano de Ação 4. Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir algum Plano de Ação	Sempre
apoio de tão e no de ue oriente stados	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado e; com representante dos usuários no CES)	1.Sempre participam 2.Às vezes participam 3.Quase nunca participam 4.Nunca participam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma participação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma participação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma participação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma participação	Sempre
nitorar Estados, PS	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado e; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado)	1.Excelente 2.Adequado 3.Pouco adequado 4.Inadequado	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir algum instrumento 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir algum instrumento 3. Dos X entrevistados de 26 a 45% afirmam existir algum instrumento 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir algum instrumento	Sempre

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
Disponibilidade (correspondem à disponibilidade de recursos orçamentários, financeiros, materiais, além de equipamentos, instalações e pessoas, conforme previsto para a execução das ações da política.)	**Suficiência**	Disponibilidade de recursos financeiros nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Existência de recurso financeiro nos para o desenvolvimento das ações re à PNEPS
		Disponibilidade de recursos materiais nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Existência de recurso materiais nos Est o desenvolvimento das ações relativas
		Disponibilidade de recursos humanos nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Existência de recursos humanos nos Es o desenvolvimento das ações relativas

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
Estados lativas	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado e; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado)	1.Suficiente 2.Pouco suficiente 3.Insuficiente 4. Muito insuficiente	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir esse recurso 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir esse recurso 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir esse recurso 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir esse recurso	Suficiente
tados para à PNEPS		1.Suficiente 2.Pouco suficiente 3.Insuficiente 4. Muito insuficiente	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir esse recurso 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir esse recurso 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir esse recurso 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir esse recurso	Suficiente
stados para à PNEPS		1.Suficiente 2.Pouco suficiente 3.Insuficiente 4. Muito insuficiente	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir esse recurso 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir esse recurso 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir esse recurso 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir esse recurso	Suficiente

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
	Técnica (incide nas ações e programas de formação e qualificação na lógica da EPS, elaborados e disponíveis)	Disponibilidade de recursos humanos nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Existência de recursos humanos nos Est o desenvolvimento das ações relativas à
		Disponibilidade de recursos físicos nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Existência de recursos físicos nos Estad desenvolvimento das ações relativas à P
		Participação descentralizada na gestão dos recursos da PNEPS	Existe a participação descentralizaçã dos recursos da PNEPS

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
tados para PNEPS	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado e; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado)	1.Suficiente 2.Pouco suficiente 3.Insuficiente 4. Muito insuficiente	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir esse recurso 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir esse recurso 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir esse recurso 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir esse recurso	Suficiente
os para o NEPS		1.Suficiente 2.Pouco suficiente 3.Insuficiente 4. Muito insuficiente	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir esse recurso 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir esse recurso 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir esse recurso 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir esse recurso	Suficiente
o na gestão	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES e; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado)	1.Sempre participam 2.Às vezes participam 3.Quase nunca participam 4.Nunca participam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma participação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma participação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma participação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma participação	Sempre

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
Qualidade técnica (compreendida pelos aspectos estruturais da própria política)	**Técnica** (incide nas ações e programas de formação e qualificação na lógica da EPS, elaborados e disponíveis)	Fomento a formação e práticas na lógica da EPS pelos Estados em parceria com os diversos atores (gestão, serviço, ensino e controle social)	Existe o fomento pelos Estados em parce os diversos atores (gestão, serviço, ensino social) para a formação e práticas, seguin da EPS
		Planejamento e execução das ações e práticas da PNEPS com a valorização da EPS	Ter um planejamento e execução das aç práticas da PNEPS com a valorização da

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
ria com o e controle do a lógica	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado; com representante dos usuários no CES; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado e; com docentes representando as IES, de cada região de saúde do Estado)	1.Suficiente 2.Pouco suficiente 3.Insuficiente 4. Muito insuficiente 4. Inadequado	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir algum fomento 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir algum fomento 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir algum fomento 4. Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir algum fomento	Suficiente
es e EPS	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado; com representante dos usuários no CES; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado e; com docentes representando as IES, de cada região de saúde do Estado)	1.Sempre tem 2.Às vezes tem 3.Quase nunca tem 4.Nunca tem	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir algum planejamento e execução com a valorização da EPS 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir algum planejamento e execução com a valorização da EPS 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir algum planejamento e execução com a valorização da EPS 4. Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir algum planejamento e execução com a valorização da EPS	Sempre

Dimensão	Subdimensão	Critérios ou Indicadores	Como medir
	Formação (incide na participação de IES e Escolas Técnicas na formação e qualificação dos profissionais de saúde; na própria participação dos profissionais de saúde nos processos formativos e práticas de EPS com mudança de prática)	Atuação das instituições (Escolas Técnicas de Saúde, Escolas de Saúde Pública, IES, serviços de saúde e outros) na oferta e espaço físico para a formação e qualificação em saúde dos trabalhadores	Existência de atuação das instituições Técnicas de Saúde, Escolas de Saúde P IES, serviços de saúde e outros) na ofe espaço físico para a formação e qualifi saúde dos trabalhadores
		Participação dos profissionais de saúde nos processos formativos e nas práticas de EPS com integração profissional e mudança de prática	Existência de integração profissional e m de prática pelos profissionais de saúde ap participação nos processos formativos e práticas de EPS dentro e fora do local de
		Capacitação dos profissionais de saúde para atuação na APS	Existência de capacitação dos profission saúde para atuação na APS após a partici nos processos formativos e nas práticas d EPS dentro e fora do local de trabalho

SES: Secretaria Estadual de Saúde; CIES: Comissão de Integração Ensino-Serviço; CES: Conselho Esta
SGTES/MS: Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde/Ministério da Saúde; EPS: Educa
Fonte: As autoras, 2023.

	Fontes de informação	Classificação	Pontuação de cada nível da classificação	Padrão
(Escolas Pública, rta e cação em	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES; com representante da coordenação de cada CIES do Estado; com representante dos usuários no CES; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado e; com docentes representando as IES, de cada região de saúde do Estado)	1.Sempre atuam 2.Às vezes atuam 3.Quase nunca atuam 4.Nunca atuam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma atuação 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma atuação 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma atuação 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma atuação	Sempre
udança ós a nas trabalho	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES e; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado)	1.Sempre tem 2.Às vezes tem 3.Quase nunca tem 4.Nunca tem	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam existir alguma integração e mudança 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam existir alguma integração e mudança 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam existir alguma integração e mudança 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam existir alguma integração e mudança	Sempre
ais de ipação de	Entrevistas (com representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da SES e; com representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no Estado)	1.Sempre capacitam 2.Às vezes capacitam 3.Quase nunca capacitam 4.Nunca capacitam	1. Dos X entrevistados, mais de 66,1% afirmam capacitar 2. Dos X entrevistados, de 46 a 65% afirmam capacitar 3. Dos X entrevistados, de 26 a 45% afirmam capacitar 4.Dos X entrevistados, de 0 a 25% afirmam capacitar	Sempre

dual de Saúde; IES: Instituição de Ensino Superior; X: número de entrevistados a depender do Estado;
ção Permanente em Saúde.

Como fonte de informação, sugere-se que a coleta dos dados seja realizada, por meio de entrevistas semiestruturadas com abordagem qualitativa, com informantes-chaves, atores com envolvimento prático e/ou teórico com a temática da PNEPS no referido estado a ser avaliado, dentre eles: representantes da Gerência de Recursos Humanos e da Gerência de Atenção Primária à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde (SES); representantes da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) de todas as regiões de saúde do referido estado; representantes das Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública presentes no estado; representantes dos usuários no Conselho Estadual de Saúde (CES); e representantes de Instituições de Ensino Superior (IES).

Sugere-se que sejam considerados, na identificação e seleção desses informantes-chave, os seguintes critérios de inclusão: pelo menos dois representantes da SES em cada uma das gerências; pelo menos um representante da coordenação de cada CIES existente e distribuída nas regiões de saúde do referido estado; pelo menos um coordenador e um docente de Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública e das IES de cada região de saúde; e pelo menos um representante dos usuários atuante no CES do referido estado. Sugere-se que todos os informantes-chaves selecionados devam ter pelo menos um ano de atuação no cargo que representam e possuir experiência com o planejamento, o desenvolvimento e/ou a implementação da PNEPS no referido estado.

Recomenda-se, ainda, utilizar, como auxiliar à realização da entrevista, um roteiro-guia com temas a serem abordados em cada estado: atores e instâncias envolvidos no desenvolvimento da PNEPS; recursos disponíveis para execução das ações da PNEPS; implementação da PNEPS por meio de arcabouço legal e de instrumentos de monitoramento e avaliação das práticas; formação desenvolvida na lógica da EPS; participação de IES e de Escolas Técnicas e Escolas de Saúde Pública na formação e qualificação em saúde; e resultados obtidos quanto à participação dos profissionais e gestores de saúde nos processos formativos e nas práticas de EPS. Sugere-se, ainda, o registro das entrevistas, a dinâmica da mesma e o comportamento dos entrevistados participantes do processo avaliativo, para que não haja perda de informações.

A construção do MAJ (Quadro 1), a partir das quatro dimensões e respectivas subdimensões, dos 18 critérios de análise, com sua respectiva fonte de informação, e dos quatro níveis para a classificação de cada critério, com a pontuação necessária e seu respectivo padrão, constitui-se na segunda etapa de uma avaliação.

Após a aplicação dos dados obtidos por meio das entrevistas, distribuídos nos critérios previstos nas dimensões *Governança, Disponibilidade* e *Qualidade Técnica* e suas respectivas subdimensões, proceder-se-á com a verificação da pontuação alcançada na classificação para cada um dos critérios de análise. De acordo com a soma do total das pontuações obtidas nos 18 critérios (constantes na MAJ, o grau de implementação da PNEPS na APS em cada estado brasileiro, poderá, então, ser classificado em: Incipiente; Intermediário; Satisfatório; e Pleno. Tais parâmetros para avaliação foram adaptados com base na classificação proposta por Alves *et al*. (2010). (Quadro 2)

Quadro 2: Grau de implementação da PNEPS na APS. Brasil, 2023.

Dimensão	Subdimensão	Critérios
Governança	Coordenação Política Interinstitucional	Articulação da gestão estadual com a
		Atuação da CIES no planejamento e
		Parceria e articulação das diferentes e controle social, envolvidas na forma
		Participação do Conselho Estadual de SES no desenvolvimento da PNEPS n
		Atuação da SGTES/MS na implemen
	Planejamento	Elaborar Plano de Ação Regional ou d
		Participação do Estado e de parceiros Plano de Ação Regional ou documen
		Utilização de instrumentos para mon práticas em EPS desenvolvidas nos E
Disponi-bilidade	Suficiência	Disponibilidade de recursos financei
		Disponibilidade de recursos materiai
		Disponibilidade de recursos humano
		Disponibilidade de recursos físicos n
		Participação tanto estadual quanto d
Qualidade técnica	Técnica	Fomento a formação e práticas na lóg com os diversos atores (gestão, serviç
		Planejamento e execução das ações e
	Formação	Atuação das instituições (Escolas Téc saúde e outros) na oferta e espaço físi
		Participação dos profissionais de saú cas de EPS com integração profissiona
		Capacitação dos profissionais de saú

Incipiente (< = 25%)	Intermediário (26 a 50%)	Satisfatório (51 a 75%)
Do total de 72 pontos, até 18 pontos	Do total de 72 pontos, de 19 a 36 pontos	Do total de 72 pontos, de 37 a 54 pontos

Fonte: As autoras, 2023.

	Pontuação esperada	Pontuação alcançada
CIES na condução e desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Sempre	--
desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Sempre	--
instituições, representando o ensino, serviço, gestão ação e qualificação em saúde nos Estados	Sempre	--
Saúde em parceria com a os Estados	Sempre	--
ntação da PNEPS nos Estados	Sempre	--
ocumento legal que oriente o desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Excelente	--
s, com representação na gestão e controle social, na elaboração do to legal que oriente o desenvolvimento da PNEPS nos Estados	Sempre	--
nitoramento e avaliação dos processos formativos e das Estados, de acordo com as diretrizes da PNEPS	Excelente	--
ros nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Suficiente	--
is nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Suficiente	--
s nos Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Suficiente	--
os Estados para o desenvolvimento das ações relativas à PNEPS	Suficiente	--
os municípios na gestão dos recursos da PNEPS	Sempre	--
gica da EPS pelos Estados em parceria ço, ensino e controle social)	Suficiente	--
práticas da PNEPS com a valorização da EPS	Sempre	--
nicas de Saúde, Escolas de Saúde Pública, IES, serviços de co para a formação e qualificação em saúde dos trabalhadores	Sempre	--
de nos processos formativos e nas práti- nal e mudança de prática	Sempre	--
de para atuação na APS	Sempre	--

	Pleno (> = 76%)	
	Do total de 72 pontos, de 55 a 72 pontos	

A aplicação da MAJ elaborada pode ser utilizada na avaliação da implementação da PNEPS nos estados. Indica-se a utilização dos 18 critérios gerais definidos, com a possibilidade de serem adicionados outros critérios considerados relevantes pelos interessados na avaliação no que concerne aos aspectos da implementação da PNEPS, a depender das características específicas de cada um dos 26 estados e do Distrito Federal.

A avaliação de implementação da PNEPS na APS será composta, dessa forma, pelo ML e MAJ e consiste em uma ferramenta a ser utilizada para avaliar o grau de implementação da PNEPS na APS em cada estado brasileiro, podendo, também, ser adaptada para a avaliação da PNEPS na APS no âmbito municipal. Torna-se valiosa no sentido de contribuir para que sejam atingidos os objetivos dessa política quanto à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para a saúde.

DISCUSSÃO

A PNEPS, instituída em 2004 e cujas diretrizes para a implementação foram publicadas em 2007, trata-se de uma política para formação e desenvolvimento dos trabalhadores para o SUS que vem sendo implementada nos estados e municípios do Brasil. No entanto, alguns desafios ainda se fazem presentes, representando diferentes entraves para a sua consolidação, como: a pouca articulação entre os setores ensino-serviço; a ausência de avaliação e monitoramento dos projetos desenvolvidos; o financiamento incipiente e as dificuldades para execução dos recursos financeiros; e o descompasso entre a formação e o perfil profissional requerido pelo sistema de saúde (Silva; Scherer, 2020).

Para o fortalecimento da PNEPS enquanto política e também para a compreensão dos preceitos da EPS, uma estratégia de suma importância é a adoção de mecanismos para o seu monitoramento e avaliação. Como destacam Silva e Scherer (2020), embora se façam importantes as práticas avaliativas no campo das políticas de saúde, pois permitem medir o grau de implementação de uma intervenção e seus efeitos, ainda são poucas as propostas de avaliação implementadas no Brasil e, em geral, quando realizadas, são de caráter pontual.

Nota-se que as estratégias de monitoramento e avaliação das políticas de saúde, assim como das ações de EPS, não se apresentam como uma prática cotidiana e fundamentada desenvolvida por gestores e trabalhadores, sendo comumente voltadas para projetos e programas sociais e para o controle de gastos em detrimento da reorientação de práticas profissionais. Nesse sentido, monitorar e avaliar as ações e práticas de EPS precisa ser visto como necessidade para o fortalecimento da PNEPS e, por consequência, da consolidação do SUS (Dolny *et al.*, 2020; Mesquita *et al.*, 2020; Silva; Scherer, 2020).

Torna-se relevante que as práticas avaliativas sejam incorporadas ao processo de trabalho. Nesse sentido, a proposta de avaliação da implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros aqui apresentada, caracterizada pelo ML e a MAJ elaborados, pode ser utilizada como instrumento de gestão da política para o planejamento, a programação e o posterior monitoramento e avaliação das ações, possibilitando reorientar as estratégias em curso referentes às políticas de formação em saúde.

De acordo com Champagne *et al*. (2011b), o ML consiste em uma ferramenta utilizada para sistematizar e comunicar aos interessados as relações causais existentes entre os componentes da intervenção, tal como o ML de Implementação da PNEPS na APS nos estados brasileiros, que explica a sequência de eventos com uma síntese dos principais componentes da política.

Os componentes técnicos apresentados no ML tiveram como foco a governança estadual, no que consistem as estratégias desenhadas e o processo de coordenação para a implementação da PNEPS na APS, sendo eles: *Articulação Política Interinstitucional; Planejamento; Coordenação dos Recursos;* e *Orientação Técnica, Conceitual e Prática*. Permite, assim, o detalhamento de sua teoria, visando a uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos envolvidos na implementação dessa política, fundamental para direcionar a condução de sua avaliação.

Vale destacar que as práticas avaliativas não devem ser encaradas como algo punitivo, e sim como um importante fomentador de mudanças para a tomada de decisões e para melhoria do desempenho, resultando em serviços de saúde de qualidade (Dolny *et al.*, 2020; Mesquita *et al.*, 2020). Segundo o seu conceito, a avaliação sobre uma intervenção, quer seja essa

uma política ou um programa, consiste em um julgamento de valor por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre a intervenção ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são diferentes, posicionarem-se e construírem (individual ou coletivamente) um julgamento sobre a intervenção capaz de ser traduzido em ação (Champagne *et al.*, 2011c).

Nesse contexto, a perspectiva qualitativa que norteia esta proposta de avaliação da PNEPS na APS e, principalmente, o uso da MAJ da Implementação da PNEPS na APS elaborada permitem que, no processo da avaliação, se conjuguem diversos olhares, envolvendo diversos atores institucionais com funções diversas no processo de implementação da PNEPS, contemplando diferentes níveis de gestão do SUS, bem como as instituições de ensino e de pesquisa, a exemplo de IES e Escolas Técnicas do SUS, envolvidas no processo de planejamento e execução das ações de EPS nos estados e municípios.

Encontradas no campo da avaliação em saúde, as matrizes de análises são utilizadas para expressar a lógica causal de uma intervenção em sua parte e no todo, traduzindo como os seus componentes ou dimensões contribuem na produção dos efeitos, favorecendo sínteses em forma de juízo de valor pelos avaliadores, a partir de critérios e padrões estabelecidos (Alves *et al.*, 2010).

Além disso, numa avaliação, os critérios e padrões, quando dispostos em matrizes, segundo Alves *et al.* (2010), auxiliam na análise e na interpretação das informações e, até mesmo, a planejar a coleta e apresentação dos dados. A definição de critérios torna-se importante para delimitar com mais clareza quais aspectos deverão ser focalizados na avaliação, caracterizados como um atributo, aspecto da estrutura, processo ou resultado utilizado para mensurar uma intervenção ou algum de seus componentes.

É por meio desses critérios que os conceitos gerais apresentados nos objetivos da intervenção serão traduzidos em termos quantificáveis. Ou também em termos qualitativos, que, no caso da MAJ elaborada nesta proposta de avaliação, serão traduzidos não em termos numéricos, mas sim interpretativos. Já o parâmetro ou padrão consiste em um valor de referência para mensuração de um fenômeno ou objeto considerado como ideal, podendo ou não ser expresso numericamente (Alves *et al.*, 2010).

Os critérios e parâmetros apresentados na MAJ foram definidos com base nas questões avaliativas elaboradas.

Quanto à execução da proposta de avaliação, entende-se como necessário que os avaliadores apliquem a técnica e o instrumento para a obtenção de evidências que suportarão a emissão de opinião e de modo a responder aos critérios de análise e às questões avaliativas. Durante a execução, o avaliador deve ponderar se as evidências são suficientes e apropriadas; caso não, o avaliador pode considerar alterar as técnicas e os instrumentos de evidenciação para coletar mais evidências, mantendo o que foi inicialmente planejado, de forma a evitar descaracterizar a avaliação (Brasil, 2018a).

Após as interpretações e o julgamento, partes deste método proposto para avaliação da implementação da PNEPS na APS, o resultado é obtido, sendo, então, possível a verificação da necessidade de ajustes no processo de implementação da política. As adequações necessárias serão apresentadas pelos avaliadores na forma de recomendações e visam ao aprimoramento da política (Brasil, 2018a). Tais recomendações devem se pautar, preferencialmente, naquilo que necessita ser realizado ou no resultado a ser alcançado. A solução deverá ser discutida pelos gestores, considerando os conhecimentos que eles dispõem em relação à política avaliada e, também, aos recursos com os quais podem contar.

A proposta de avaliação da implementação da PNEPS na APS apresentada tem como foco a avaliação de implementação. Nesse tipo de avaliação, os objetivos versam sobre: verificar se a execução da política está ocorrendo conforme os normativos existentes e o desenho estabelecido; observar a entrega adequada de produtos; e observar a existência de eventuais fatores facilitadores e barreiras que possam interferir na execução da política pública (Champagne *et al.*, 2011a).

Cabe ressaltar a importância da utilização de resultados das avaliações. Segundo Felisberto, Alves e Bezerra (2010), seu uso deve ser a força propulsora de um processo avaliativo e deve-se levar em consideração a identificação dos interessados na avaliação e o sentimento de pertencimento que eles devem ter em relação ao processo de avaliação.

Sendo assim, ao longo do processo de avaliação, faz-se necessária a comunicação dos resultados, garantindo que seja clara, completa, construtiva e oportuna, de modo que as partes interessadas (planejadores,

gestores públicos e profissionais de saúde) tomem conhecimento dos aspectos positivos e das oportunidades de melhoria da PNEPS e possam unir esforços para buscar seu aperfeiçoamento. Ao trazerem informações a respeito da implementação da PNEPS na APS em cada estado brasileiro, possibilitam acompanhar a prática da EPS, avaliar as soluções adotadas no enfrentamento das questões abordadas e os resultados alcançados, ratificar e/ou levantar reflexões sobre as estratégias adotadas, assim como contribuir para fundamentar o debate nas comissões intergestoras tripartites e propor estratégias e procedimentos normatizados para aprimorar políticas públicas nacionais na área de educação permanente, além de trazer melhor compreensão das particularidades da implementação de políticas dessa natureza no nível local.

CONCLUSÃO

A proposta de avaliação elaborada, composta pelo ML e pela MAJ da Implementação da PNEPS na APS, consiste em uma ferramenta que pode ser utilizada pela gestão dos serviços e sistema de saúde e outros grupos de interesse, com vistas a avaliar o grau de implementação da PNEPS na APS em cada estado brasileiro. Destaca-se, ainda, que a mesma pode ser adaptada para avaliação da política no âmbito municipal.

Nota-se que a prática avaliativa pode se constituir em uma ferramenta facilitadora, possibilitando reflexões e aprendizagens, tornando-se um potencial impulsionador para o alcance dos objetivos da PNEPS nos diversos contextos presentes em todo o país, no que se referem à formação e ao desenvolvimento de trabalhadores para a saúde e à transformação das práticas e do próprio processo de trabalho, com melhoria da atenção à saúde da população.

O ML traduz a forma de operacionalização da política e visa uma melhor compreensão das características da implementação da PNEPS na APS, além de possibilitar um acompanhamento do progresso mais correspondente e legítimo dessa política em âmbito estadual, de acordo com o seu contexto de implementação.

Ademais, a utilização da MAJ permite uma interpretação dos

resultados e um julgamento, assim como propor recomendações sobre pontos específicos que podem ser alterados caso o resultado esperado não esteja sendo alcançado, sendo esses entendidos como fatores que dificultam a implementação da PNEPS na APS no estado. Do mesmo modo, permite a identificação de eventuais fatores que facilitam a implementação da política no contexto em análise.

Cabe ressaltar que o monitoramento e a avaliação ainda são práticas incipientes no sistema de saúde brasileiro, sendo necessário incorporá-las às rotinas nas instâncias gestoras do SUS, buscando qualificar as ações dos tomadores de decisão, produzindo como efeitos mudanças nesses processos. A proposta de avaliação da PNEPS na APS nos estados brasileiros apresenta-se, assim, como fomento à prática avaliativa e traduz-se em ferramenta a ser utilizada pela gestão dos serviços, planejadores e sistema de saúde, possibilitando aos interessados o conhecimento das informações e das oportunidades de melhoria da PNEPS, garantindo, assim, o uso da avaliação, com vistas a aprimorar ou ratificar tanto as estratégias adotadas quanto as políticas públicas nacionais na área da educação permanente.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. K. A. *et al*. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: SAMICO, I. *et al*. **Avaliação em Saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook; 2010. p. 89-108.

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

BEZERRA, L. C. A.; CAZARIN, G.; ALVES, C. K. A. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: SAMICO, I. *et al*. (org.). **Avaliação em saúde:** bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 65-78.

BRASIL. Portaria GM/MS nº. 1996, 22 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília(DF), 22 ago. 2007. Seção 1, p. 34.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Avaliação de políticas públicas**: guia prático de análise *ex post*, volume 2. Brasília: Casa Civil da Presidência da República, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Relatório consolidado sobre o processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b.

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, 2018c.

CASANOVA, A. O. *et al*. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1209-1224, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413. Acesso em: 3 de mar. 2022.

CASTRO, F. C. A. Q. **Concepções de educação permanente em saúde difundidas por gestores.** 74 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde, Vitória, 2014. Disponível em: https://docplayer.com.br/17662778-Concepcoes-de-educacao-permanente-em-saude-difundidas-por-gestores.html. Acesso em: 3 de fev. 2022.

CHAMPAGNE, F. *et al*. A Análise da Implantação. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (org.). **Avaliação**: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011ª. p. 217-38.

CHAMPAGNE, F. *et al*. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. *et al* (org.). **Avaliação**: Conceitos e métodos. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2011c. p.44-45.

CHAMPAGNE, F. *et al*. Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al*. (org.). **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. p. 61-74.

DOLNY, L. L. *et al*. Educação permanente em saúde (EPS) no processo de trabalho de equipes de saúde da família (ESF). **Brazilian Journal of Health Review**, [S. l.], v. 3, n.1, p. 15-38, 2020. Disponível em: https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/5876. Acesso em: 10 jul. 2022.

FELISBERTO, E.; ALVES, C. K. A; BEZERRA, L. C. A. Institucionalização da avaliação. In: SAMICO, I. *et al*. (org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 143-60.

FERREIRA, L. *et al*. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223-239, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/3wP8JDq48kSXrFMZqGt8rNQ/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 25 jan. 2023.

FERREIRA, L. *et al*. Validação do Modelo Lógico de implementação da Política de Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária no município de Vitória, Espírito Santo. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, e0026294, 2020.

FORTUNA, C. M. *et al*. Educação permanente na estratégia saúde da família: repensando os grupos educativos. **Rev. Latinoam. Enfermagem** [online], Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-8, jul. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n4/pt_0104-1169-rlae-21-04-0990.pdf. Acesso em: 25 jan. 2022.

GONÇALVES, C. B. *et al*. A retomada do processo de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. esp. 1, p. 223-239, ago. 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/5rXN9qmbtGqyp4W4Xtwnzxb/?lang=pt. Acesso em: 15 jan. 2022.

MESQUITA, L. M. *et al*. Estratégia de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 44, n. 1, e010, 2020.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v. 66, n. 1, p. 158-164, set. 2013.

PETERS, B. G. Governance as Political Theory. **Critical Policy Studies**, London, v. 5, n. 1, p. 63-72, 2011. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/19460171.2011.555683?needAccess=true. Acesso em: 10 maio, 2022.

PROCOPIUCK, M. **Políticas Públicas e fundamentos da administração pública**: análise e avaliação, governança e rede de políticas públicas, administração judiciária. São Paulo: Atlas, 2013.

ROSSETTI, L. T. *et al*. Educação permanente e gestão em saúde: a concepção dos enfermeiros. **J. Res.: fundam. care. Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 129-134, jan/mar. 2019. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6513/pdf_1. Acesso em: 05 maio, 2022.

SILVA, C. B. G.; SCHERER, M. D. A. A implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde na visão de atores que a constroem. **Interface** (Botucatu), São Paulo, v. 1, n. 4, e190840, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/wSmkML5zgMkhhS8WmRYsKpm/?lang=pt. Acesso em: 12 fev. 2023.

SILVA, A. L.; SANTOS, J. S. A potencialidade da Educação Permanente em Saúde na Gestão da Atenção Básica em Saúde. **Saúde em Redes**, Porto Alegre, v. 7, n. 2, p. 1-14. 2021. Disponível em: http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3135. Acesso em: 12 fev. 2023.

VENDRUSCOLO, C. *et al*. **Frutos dos movimentos de educação permanente em saúde de Santa Catarina**: caminhos e oportunidades. 1. ed., Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 347 p. il. (Série Atenção Básica e Educação na Saúde, v.16).

VUORI, H. A qualidade da Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 17-25, 1991.

24

HELETÍCIA SCABELO GALAVOTE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
TÚLIO BATISTA FRANCO
THIAGO NASCIMENTO
JOÃO PAULO COLA
LETÍCIA MOLINO GUIDONI
LETICYA DOS SANTOS DE ALMEIDA NEGRI
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA

O GOVERNO DE SI E DOS OUTROS TECENDO MODELAGENS DE GESTÃO DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

INTRODUÇÃO

Este capítulo discute os modos de governo produzidos, no cotidiano da gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), através das práticas de si desenvolvidas por gestores formais na constituição do governo de si e dos outros. Os gestores, em seu processo de trabalho, criam fluxos e conexões que, no encontro com os trabalhadores, produzem diferentes modos de conduzir o caminhar da organização de saúde.

A gestão enquanto prática de governo é produção e reprodução, uma dobra que é permeada pelo instituído e pelo instituinte, pelo formal e informal, em espaço de disputa de micropoderes e tensões constitutivas entre o que impera enquanto trabalho morto e a potência do trabalho vivo (Cruz, 2016). Franco (2013) situa os modos de fazer a gestão do trabalho em saúde em dois territórios, sendo um deles o espaço molar, representado pelas normas e estruturas rígidas da organização, enquanto política e prescrição de ações de cunho administrativo; e o outro o molecular, microcosmo, o campo da micropolítica enquanto o agir cotidiano dos sujeitos, repleto de singularidades e fundado na premissa de que o trabalhador pode tudo, já que é quem define o modo de organização do processo produtivo.

Os gestores do trabalho albergam em sua prática de governo a definição de limites precisos para o exercício do poder e ditam normas e prescrevem práticas com o intuito de garantir que os projetos da organização se viabilizem, o que gera trabalhadores repetidores de velhas práticas. Em resposta ao centralismo do poder do gestor formal, o trabalhador opera novos dispositivos e "aciona novos modos de produzir o cuidado se isto fizer parte dele, tanto do seu aprendizado técnico, quanto do seu desejo

de fazer" (Franco, 2013, p. 247). Assim, mesmo considerado pela gestão como um mero recurso humano, o trabalhador é o maior protagonista da produção do cuidado, "é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho com suas caixas de ferramentas" (Franco, 2013, p. 250).

O gestor formal da organização de saúde é aquele que ocupa um cargo de autodireção do governo, também conceituado por Matus (1993) como um agente da organização (G) em cargo formal de gestão, sendo que todos os agentes, sejam eles gestores (G) ou trabalhadores (g), governam, mesmo que caiba ao G a incumbência formal de exercer tal atividade, operando na organização todos os atores com diferentes graus de autonomia e governabilidade, representada pela capacidade de tomada de decisão com base nos recursos disponíveis.

Merhy (2014) conceitua a organização de saúde como uma arena onde operam distintos agentes institucionais com interesses convergentes e divergentes. Nesse sentido, a gestão seria o espaço de disputa dos diferentes atores, assim como a revelação dos processos de tensão e das contratualidades que estabelecem entre si. Para o autor, pensar a organização de saúde como espaço de existência da gestão remete à constatação de que a primeira não existe enquanto um espaço formal, fisicamente representado por um prédio ou repartição, mas sim como uma instância construída pela ação dos diferentes atores que nela governam, por meio de uma dobra do formal e informal, uma disputa entre a norma e a liberdade, um campo de produção de mundos e pontos de vista em um "espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de suas capacidades de se autogovernarem, disputando o caminhar do dia a dia, com as normas e regras instituídas para o controle organizacional" (Merhy, 1999, p. 309).

Neste estudo, o gestor formal é aquele que ocupa um cargo de autodireção na gestão municipal de saúde e que governa os trabalhadores, em ato, no modelo de atenção da ESF, o qual alberga o ideário da mudança de paradigma na produção do cuidado e na reorganização do trabalho em saúde (Giovanella; Mendonça, 2012). A efetivação da ESF enquanto modelo de atenção perpassa por alguns entraves, principalmente aqueles relacionados à gestão do trabalho, como a baixa capacidade de inovação dos modos de fazer a gestão, lógicas de trabalho centradas em procedimentos e alcance de metas e burocratização e hierarquização do cotidiano do trabalho.

Assim, a gestão do trabalho, nesse contexto, é analisada sob o olhar das formulações teóricas de Foucault na determinação do cuidado de si e dos outros, na vertente da produção do governo de si e dos outros, com referência aos conceitos de poder e governo.

Para Foucault (2008), a disciplina é um dos instrumentos que o poder exerce sobre os corpos e gera como controle das condutas as normatizações, de forma que o soberano, compreendido enquanto o sujeito ocupante de cargo de direção do governo, é capaz de dizer não ao desejo do indivíduo de uma forma legítima e fundada na própria vontade do governado.

O poder, para Foucault (2010), se produz e se processa em rede, sendo mais bem designado como relação de poder, já que é circular e inscrito como presente em todas as relações humanas. Todos os indivíduos exercem o poder, já que não é uma exclusividade de alguns. No entanto, a posição que ocupam na sociedade pode determinar maior ou menor controle de uns sobre os outros, no sentido de alguns instrumentos técnicos serem mais acessíveis aos ocupantes de cargos de autodireção, como o exercício da disciplina sobre os corpos, para o controle dos gestos e condutas, ou mesmo como forma de produção, indução do saber e construção do discurso.

O conceito de governo é proposto por Foucault (2011) como um conjunto de técnicas e procedimentos que direcionam a conduta dos homens. Já o cuidado de si apresenta uma conotação ética e corresponde ao modo como o sujeito conduz a si e aos outros, assim como um desejo de governar os outros através de saberes e práticas que são exercidas pelo eu. O cuidado de si surge como um primeiro despertar, uma agitação, movimento e inquietude, e está atrelado à prática do exercício do poder, de forma que "não se pode bem governar os outros, não se pode transformar os próprios privilégios em ação política sobre os outros, em ação racional, se não está ocupado consigo mesmo" (Foucault, 2011, p. 35).

Cuidar de si é um pressuposto para o cuidado com os outros, e, para Merhy (2014), esse exercício dá potência ao trabalhador na sua ação cotidiana, reconhecendo esse cuidado como uma prática de autoanálise de concepções e condutas, na busca da percepção de novos sentidos por meio do diálogo no espaço do trabalho de forma a "tornar o espaço da gestão do trabalho, do sentido do seu fazer, um ato coletivo e implicado, a serviço da produção de mais vida individual e coletiva" (Merhy, 2014, p. 8).

Assim, para fins de análise da gestão do trabalho em saúde, o conceito de cuidado de si está vinculado ao desenvolvimento de práticas e instrumentos que conduzam o gestor no governo de si e dos outros, em territórios de governo inscritos em linhas de resistência e potências, já que todo trabalhador da saúde é também gestor do seu próprio trabalho e capaz de exercer o cuidado de si e de produzir práticas de poder.

Os modelos de gestão e modos de subjetivação apresentam-se como processos contíguos, que se entrelaçam em um movimento circular de mudança e produção de novos territórios no campo da gestão em saúde (Coêlho, 2015). Neste estudo, o gestor tem a possibilidade de expressar, por meio do discurso, como constituição sócio-histórica, a sua vivência na gestão do trabalho por meio da análise e reflexão das práticas de si que influenciam diretamente a forma como ele agencia as práticas do outro. É um olhar para si mesmo e suas condutas na gestão dos diferentes trabalhos. O que se busca são as técnicas e habilidades utilizadas nesse contexto de ação, com o objetivo de identificar a multiplicidade das formas de fazer a gestão em saúde.

Assim, o objetivo deste estudo é analisar as modelagens de gestão do trabalho na ESF no estado do Espírito Santo (ES) por meio da investigação das práticas e técnicas desenvolvidas pelos gestores na constituição do governo de si e dos outros.

ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Foi realizado em municípios que compõem o estado do Espírito Santo (ES).

Para a determinação da amostra foi realizado um sorteio aleatório dos municípios considerando estratos por tamanho da população (menor e maior que 50 mil habitantes) e também pelas 12 microrregiões de saúde no período de determinação da amostra (Metropolitana, Metrópole Expandida Sul, Polo Linhares, Sudoeste Serrana, Central Serrana, Litoral Norte, Extremo Norte, Polo Colatina, Noroeste 1, Noroeste 2, Polo

Cachoeiro, Caparaó). Foram sorteados três municípios por microrregiões e, além disso, sete municípios com mais de 50 mil habitantes. Ao todo foram selecionados 39 municípios, ou seja, 50% dos municípios do estado. Em virtude de aspectos referentes ao acesso geográfico e à concessão de autorização para a realização deste estudo, foi verificada uma perda de três municípios.

Foram convidados a participarem do estudo, de cada estado, os gestores secretário municipal de saúde, coordenador municipal da Estratégia Saúde da Família e coordenador da Atenção Primária à Saúde, totalizando 72 participantes, que foram referidos pela letra G, em grafia maiúscula, seguida por números arábicos que correspondem à ordem de transcrição das entrevistas.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015, mediante entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, utilizando um formulário de identificação e um roteiro de entrevista semiestruturado. Foi utilizada, como método complementar de coleta, a observação participante, realizada durante as aproximações com os cenários de coleta dos dados no período de um ano, com registro das observações do pesquisador em um diário de campo que serviu de subsídio para a análise dos dados. Os relatos regulares condensaram informações subjetivas e percepções do pesquisador no encontro com o campo de pesquisa.

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da Análise do Discurso, que tem por fundamento interpretar o processo de produção e interpretação do discurso que é unificado através de um texto para fins de análise (Minayo, 2014).

As etapas de organização e análise dos dados foram: transcrição das entrevistas, realizada de forma detalhada, não sintetizando a fala ou corrigindo-a; e evocação de um espírito da leitura cética com a codificação dos dados, organizando as categorias de interesse. Para este estudo, a fim de facilitar a análise e a observância das nuances do objeto em estudo, os resultados e a discussão dos dados foram organizados em categorias analíticas empíricas, a saber: gestão compartilhada, gestão disciplinar e gestão do improviso.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal

do Espírito Santo, sendo aprovado com o número de parecer: 363867 de 28/08/2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os gestores, em estudo, são predominantemente do sexo feminino (66,67%), com idade média de 38,8 anos e nível de escolaridade compatível com ensino superior completo (95,83%).

Fleury (2014), em um estudo sobre o impacto da descentralização no perfil dos gestores municipais, apresenta dados que indicam a expansão da ocupação de mulheres nos cargos de liderança e também a presença de gestores jovens na faixa etária de até 40 anos, o que demonstra motivação dos jovens para os cargos de liderança com desafios diversos.

A maioria dos entrevistados neste estudo ocupa o cargo de secretário municipal de Saúde (45,83%), seguidos por coordenadores municipais da Atenção Primária à Saúde (40,28%) e coordenadores municipais da ESF (13,89%), com 65,28% atuantes no cargo com tempo de duração entre um e seis anos, seguidos pelos gestores atuantes a menos de um ano (29,17%).

Ainda, 65,28% já exerceram algum cargo de gestão na Saúde, sendo que 51,39% não possuíam formação em gestão em saúde e 55,56% não receberam nenhum tipo de formação específica para a função exercida.

Gestão compartilhada

A modelagem da gestão compartilhada emerge nos discursos dos gestores entrevistados como a possibilidade de tomada de decisão coletiva, com base na constatação de que qualquer processo de mudança de práticas não se processa pelos projetos individuais e sim em espaços de valorização do coletivo em momentos de negociação dialógica. Representa a cogestão enquanto o pensar e o fazer coletivo visando à democratização das relações no campo da saúde (Coêlho, 2015).

O gestor G69 aponta, como ponto favorável da gestão do trabalho, a ideia da gestão compartilhada, com tomada de decisão coletiva que faça sentido para o trabalhador operante. O gestor reconhece que os acordos

e contratos coletivos têm o potencial de reconfigurar as práticas dos trabalhadores, que, ao se apropriarem dos espaços de decisão, redefinem seu papel na execução de atos e condutas.

> Assim, o ponto mais favorável é essa gestão compartilhada. Porque não se toma decisões de cima pra baixo e que as pessoas têm que ir, simplesmente cumprir. E assim, todas as decisões são discutidas, são compartilhadas, então eu acho isso muito bom pra que o trabalho se desenvolva, diferente de lá na ponta alguém receber uma ordem e fazer uma tarefa ou ele participar de uma decisão e saber que ele vai fazer (G69).

A cogestão é apontada como o caminho para a organização dos diferentes trabalhos, em todos os pontos da rede de atenção à saúde, reforçando a premissa da indissociabilidade entre atenção e gestão. O entrevistado G60 afirma que desacredita em outro tipo de modelagem de gestão que não seja a compartilhada, em todos os níveis de organização do sistema, com o estímulo ao protagonismo dos atores.

> A coisa que eu aprendi ao longo da minha caminhada é: eu não acredito em gestão que não seja compartilhada. E ela não é uma coisa compartilhada só aqui, reúno a equipe aqui e vou conversar. É em todos os espaços, todos os níveis de organização do sistema, possam partilhar da gestão, se comprometer e não fazer um trabalho porque o trabalho precisa fazer assim, onde eu possa pensar meu trabalho, discutir meu trabalho. Eu acho que isso é fundamental. Então eu não acredito num gestor que se intitula e vai tocando por si uma secretaria e acho que isso é pra qualquer área pública (G60).

Campos (2007b), ao propor a gestão colegiada de equipes de saúde, salienta que a grande utopia ou quimera seria a produção de equipes com capacidade de reorientar os saberes estruturados sem estarem aprisionadas em instâncias funcionalistas, em processos permanentes de negociação e liberdade de governo de seus atos, de forma a constituir um trabalho interdisciplinar entre sujeitos livres e compromissados com as reais necessidades de saúde apresentadas pelos usuários dos serviços. Assim, novos sentidos para as práticas devem ser conduzidos em momentos dialógicos de pactuação entre os trabalhadores, usuários e gestores

formais da organização. Nesse processo, "a composição da equipe deve considerar a necessidade de compartilhar objetivos e objetos de trabalho, e ser orientada para a ampliação da capacidade de direção, por meio de relações horizontais" com democratização e solidariedade nas relações de trabalho (Guizardi; Calvalcanti, 2010, p. 1249).

A relação do gestor com as equipes foi avaliada como um espaço de cogestão e pertencimento mútuo, com respeito e valorização das diferentes demandas. Existe a busca pela anulação do distanciamento entre o gestor formal e o trabalhador da equipe a partir da valorização de projetos gestionários que promovam "graus maiores de autonomia, criatividade e desalienação" (Campos, 2007b, p. 123).

> Como eu coloquei, o município faz gestão compartilhada. Então os gerentes estão sempre próximos e é essa nossa ida às unidades, nas reuniões mensais, é uma coisa muito próxima, então eu acho que é uma coisa bem compartilhada (G69).

> O meu contato de gestor com os trabalhadores das estratégias é muito próximo, as portas são abertas 24 horas pra qualquer um profissional. O contato é muito próximo (G4).

Cruz (2016, p. 141), ao cartografar a sua experiência como gestora formal de uma organização de saúde, alerta para a simulação de atos democráticos por parte da gestão formal, visto que, mesmo havendo uma boa interação entre gestores e trabalhadores, predomina o projeto e a intencionalidade do governante que busca a aproximação para capturar o trabalhador em seu cotidiano. Para a autora, o gestor, além de buscar o amortecimento do gesto criador da equipe, não dispõe de tempo para parar e ouvir, já que a unidade tempo representa um recurso escasso. Assim, apesar da busca da construção de espaços decisórios democráticos, existe um centralismo político que reconhece o trabalhador como um "outro" que deseja e tem autogoverno sobre os seus atos e "[...] isso era o insuportável para o delírio da 'a gestão', ou seja, de controlar a dimensão incontrolável do agir do outro".

A proposição de novos modelos de gestão e atenção pautados na participação ativa dos trabalhadores não garante por si só o compartilhamento

de decisões e rumos, visto que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores, o que reafirma a prevalência de métodos tradicionais de planejamento, condução do trabalho e tomada de decisão (Santos, 2007). Sá e Azevedo (2013, p. 42), ao pensar a gestão pela ótica de um trabalho vivo em ato que se efetua nas entrelinhas das relações entre os agentes, afirmam que "a gestão e os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumpririam então, em tese, essa função de passagem e articulação entre as questões de governo, de condução da organização e interesses e desejos dos vários grupos de trabalhadores". O gestor assumiria a posição de um mediador, promovendo a grupalidade com estímulo à autonomia das equipes, por meio da construção de novos sentidos para o trabalho.

O gestor busca induzir comportamentos, capturar o trabalhador para o seu projeto de gestão definido como o melhor, mais apropriado para o serviço. Há a simulação de pactos e adesões, de forma que o gestor acredita estar exercendo processos decisórios coletivos ou mesmo mais apropriados e o trabalhador simula um fazer regido pelo regime de verdade do gestor. No entanto, Cruz (2016, p. 311) aponta que "as forças de atração não ditas, mas sabida por todos, e que são constitutivas e constituidoras deste território, são o fato do gestor ser o detentor da hora trabalhada, e o fato do trabalhador da saúde ser o dono do resultado da hora trabalhada". O agir governo formal simula a dominação sobre o agir autogoverno. Todos são simétricos na maquinaria governo e gestão, pois todos governam.

Matus (1993) afirma que todos planejam e governam dentro de uma organização, mesmo que alguns atores estejam em posição de autodireção ou espaços de ação, de forma que planeja quem executa e que cada ator apresenta certo grau de governabilidade, que representa o controle dos recursos para a realização do projeto. Assim, é importante o reconhecimento do autogoverno dos trabalhadores no cotidiano de construção dos modos de intervenção nos distintos serviços de saúde.

O entrevistado G18 vincula a sua vivência pessoal de atuação na ESF no município como um fator positivo para o exercício da gestão democrática, o que o possibilita compreender as nuances de cada território e as dificuldades impostas pelas características de acesso geográfico distinto dentro do espaço de trabalho das equipes. Relata a experiência

pregressa de trabalho como um substrato para uma gestão do trabalho mais próxima da ideia de gestão do reconhecimento dos diferentes atores e agires em saúde.

> De modo geral, eu avalio a minha relação como boa, até pelo meu perfil de ter vindo dela, de estar inserida nela, porque eu sou uma profissional efetiva de uma equipe de saúde da família. Então facilita demais o meu entendimento do processo de trabalho. Eu consigo entender, diferente do gestor que nunca viveu, eu consigo entender o dia a dia deles, eu consigo entender a distância maior de uma equipe, a dificuldade de uma equipe, as diferenças que existem entre as populações que não dá pra você planejar de uma forma igual pra todo mundo porque as unidades são diferentes, elas têm diferenças. Eu acho que esse entendimento facilita esse contato com as equipes de saúde da família (G18).

Franco (2013, p. 251) reconhece que todos os atores envolvidos no campo da saúde são gestores e controlam o seu processo de trabalho, de forma que "é possível na gestão do trabalho em saúde manter o trabalhador com alta potência para agir no mundo do cuidado, que é também um mundo social e afetivo [...]", com valorização da potência vital do trabalhador para a ação que dispara fluxos construtores de intensidades e subjetividades nos atos em saúde. O gestor G21 salienta a necessidade do despertar da equipe para a liberdade que cada trabalhador detém na gestão do seu próprio trabalho, o que permite a produção de subjetividades nômades, que são dinâmicas, em movimento, criativas e capazes de "um agir-libertário" (Franco, 2013, p. 245).

> Porque as pessoas ainda não têm tanta maturidade de entender que o gestor apesar de ele estar na gerência, que todos nós somos gestores, um é a nível municipal, mas eles são os maiores gestores, que estão na ponta, são eles que gerenciam o processo de trabalho. Então, eu tento na medida do possível mostrar pra eles que eu preciso de bons gerentes na ponta pra que a gente possa dar um resultado satisfatório pra eles aqui, então no primeiro momento, aqui no município, eu tive que me distanciar um pouco das equipes, porque eles eram muito dependentes da coordenação, então se a coordenação não falasse não fazia, então a estratégia inicial foi afastar um pouquinho e tentar mostrar pra eles que eles eram os gestores (G21).

Surge nos discursos a caricatura do gestor "polvo", enquanto aquele que representa o eixo do processo de gestão e que estabelece fluxos e dispara signos que irão compor e recompor os braços, que metaforicamente seriam os trabalhadores das equipes. Ao se considerar uma gestora polvo, G16 aponta o seu papel na condução dos processos de gestão ao mesmo tempo em que reconhece que não governa sozinha, já que o trabalhador detém alto grau de autonomia e liberdade, definindo as práticas que produz, mesmo que a gestão formal consiga instituir processos de captura e aprisionamento.

> Eu costumo dizer que eu me sinto assim, eu como diretora da atenção eu tenho que ter braços, eu seria o centro de um corpo que eu teria vários braços. Acho que a coordenação da atenção primária ela só existe com o fortalecimento desse apoio dos outros profissionais, senão o trabalho fica um pouco solitário. Eu seria um polvo, com um monte de braços (G16).

Campos (2007b) reconhece a gestão compartilhada como um "dispositivo desalienante" a partir da constatação de que o trabalhador precisa estar envolvido na formulação de práticas que façam sentido para ele. Representa uma vertente do Método Paideia, que busca orientar a política e a gestão com o reconhecimento da existência de conflitos de interesse e visões de mundo, com a construção de espaços coletivos para ampliação da capacidade de análise, decisão e ação dos atores (Coêlho, 2015).

Gestão disciplinar

A gestão disciplinar emerge nos modos de organização do trabalho das equipes por meio do controle e disciplinamento dos trabalhadores. O gestor assume o papel de um eixo fixo regulador de uma espiral ascendente, ao redor da qual vagam os trabalhadores submetidos a linhas de mando verticais, que afirmam sua vulnerabilidade perante o gestor que busca a normatização de práticas para a garantia de um dado projeto político construído pela gestão em seu território macropolítico (Rolnik, 2006). O poder centralizado no território da gestão formal configura o que Foucault

(2011) denomina como panóptico, que se refere a uma organização no âmbito da vigilância na qual alguém ocupa o lugar central na máquina de poder a fim de garantir que ninguém escape aos olhos do governante.

Uma das alternativas apontadas pelos gestores para a condução do governo do outro foi a criação de protocolos de condutas, apontados como uma estratégia de controle e uniformização do trabalho. O entrevistado G56 aponta esse instrumento como um requisito imprescindível para a organização do trabalho na ESF, de forma que o trabalhador opere com base em diretrizes de condutas universalistas e doutrinárias.

> Implantação dos protocolos assistenciais em toda rede e a informatização de toda a rede. Pra mim são os dois pontos que a gente tem que realizar aqui (G6).

> Processo de trabalho, protocolo. Eu já organizei uma reunião com eles, porque o protocolo a gente vai sentar com eles e vai construir juntos, pra que o paciente que for atendido lá no bairro x, o mesmo processo que ele passa de triagem, de atendimento, ele seja atendido também lá no bairro y, então que ele siga o mesmo fluxo. Às vezes um enfermeiro faz um pré-natal de uma forma, às vezes de outra, às vezes faz a puericultura de uma forma, claro que a gente segue o protocolo do ministério, mas a forma de trabalhar é diferente. Então a gente está querendo padronizar (G56).

Franco (2013) afirma que a organização da rede de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) é normatizada, complementando com a evidência de que a própria ESF se ancora em processos de ordenamento normativos, através da lógica de programas e ações padronizadas com horários fixos, o que gera a captura da autonomia operante dos profissionais, que experienciam constrangimentos na produção do cuidado em saúde. Para o autor, "estas regras, normas e protocolos são instrumentos usados para padronizar, mas que ao mesmo tempo capturam o trabalho vivo, ou seja, retiram a liberdade do trabalhador e aprisionam seus atos assistenciais e de cuidado em um padrão previamente concebido" (Franco, 2013, p. 245).

Sulti *et al.* (2015), ao analisar a gestão formal do trabalho, revelam que o modo de gestão operante é o do disciplinamento, através da busca pelo cumprimento de metas e indicadores impelidos ao trabalho das equipes e da "chamadinha", enquanto exercício prático do poder do gestor, caso

o trabalhador não consiga atingir determinado resultado ou expectativa externa. Para a autora, a gestão formal está centrada na lógica taylorista, evidenciada por ações burocráticas e hierárquicas em detrimento da autonomia e autogestão dos trabalhadores. O participante G28 associa o papel social do gestor à figura de um superior que é responsável pelo chamamento do trabalhador às atividades impostas.

> Porque a gente tem que cobrar muito. Eles me veem assim: "Ah, é superior". Então, existe um pouquinho de barreira, porque sempre eu que vai ser a que vai dar o puxão de orelha (G28).

Coêlho (2015, p. 23) afirma que a gestão ainda está ancorada na racionalidade gerencial hegemônica, com base na manutenção da disciplina e do controle dos trabalhadores, por meio da obtenção e cobrança de metas e resultados, "muitas vezes alheios a processo de produção de saúde".

A disciplina, segundo Foucault (2008), se exerce sobre os indivíduos, através da busca de uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos, assumindo uma funcionalidade centrípeta que isola um espaço para funcionamento pleno dos mecanismos de poder. Age em tempos, gestos, atos, classifica os elementos em função de objetivos determinados por outros e requer o adestramento progressivo. Busca a normalização através da construção de um modelo tido como ideal a ser seguido, com a finalidade de impedir o detalhe ou diferença.

O disciplinamento dos profissionais é referenciado como viável por meio da execução de penalidades, como uma possível destituição do cargo e coerção por parte do gerente e obediência por parte do trabalhador. O que o gestor busca é a amortização do gesto criador e inventivo do trabalho vivo em ato, ou seja, o controle cria a emergência de corpos docilizados e obedientes às normas impostas pelo trabalho prescrito da gestão. Trata-se de uma gestão do trabalho de caráter eminentemente administrativa, pautada em relações de mando e prescrição de diretrizes na organização e produção do trabalho (Franco, 2013).

> O que é necessário é cobrar mais e ter meios para fazer com que essa cobrança seja feita não só pelo coordenador, mas pelo secretário, prefeito. Porque a partir do momento que essas pessoas forem penalizadas, você não tá

> cumprindo horário, você não tá visitando, você não tá tendo produção, eu já avisei, a pessoa levou uma advertência, começar a penalizar, começar a acontecer algumas coisas para o funcionário começar a trabalhar direito. E a equipe eu acho que tá muito desmotivada, não tem interesse em fazer as coisas, não. Então você tem que rebolar para fazer eles trabalharem (G2).

Foucault (2010) afirma que o poder não pode ser capturado apenas no sentido de ideologia e que sua natureza final é ser constituído onde sua intenção está totalmente investida, ou seja, no interior das práticas reais e efetivas e na relação direta com seu campo de aplicação. Na realidade, o poder é um emaranhado de relações inscritas em uma estrutura quase que piramidal e mais ou menos coordenada. É caracterizado como um sistema aberto e forte, no sentido de que exerce efeitos, sejam positivos ou não, no nível do desejo e do saber, o que remete ao fato de que toda relação produzida no espaço micro é inscrita por relações de poder e regimes de produção de verdades que determinam a natureza das relações entre os corpos que estão em permanente luta, delimitando certos territórios de embate.

O autor introduz a ideia de "anatomia política" ao pensar nas formas invisíveis de um poder disciplinar que cria corpos úteis, também denominados como corpos dóceis: "É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado" (Foucault, 2013, p. 132). Trata-se de um controle dos corpos sem a imposição de força ou coerção, mas sim do controle de gestos, atitudes e operações, ou seja, o poder disciplinar é tido como uma aptidão, algo que possa ser praticado e exercido por todos os indivíduos sob a forma de um olhar calculado.

Fazendo uma analogia ao conceito de poder disciplinar, encontramos o exercício desse poder de diferentes formas no bojo da gestão dos processos de trabalho em saúde, inscrito em um espaço no qual todos os atores produzem e exercem micropoderes e a gestão formal conflui entre esses e o poder disciplinar instituído pelas normas de conduta das ações, com a finalidade de produzir atos em saúde mais próximos do que é estabelecido pelo trabalho prescrito e pelas metas pactuadas com instâncias muitas vezes distantes do trabalho real.

Trata-se essencialmente de uma gestão do poder disciplinar que objetiva impor atitudes e controlar os gestos, de forma a "[...] estabelecer presenças e as ausências, saber onde e como encontrar indivíduos,

instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, apreciá-lo, sancioná-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar" (Foucault, 2013, p. 138).

A necessidade de autoafirmação do espaço formal do gestor perante os trabalhadores operantes sugere, aos gestores, uma relação hierárquica característica da gestão do poder soberano, na qual a figura do gestor representa o dirigente máximo da instituição de saúde. Cruz (2016) reconhece na gestão do trabalho um agir soberano de controlar o território, definir leis e regras de funcionamento, através de um centralismo democrático, no qual uns pensam a ação e outros a executam.

> A nossa relação é muito boa, de vez em quando você tem que definir uma hierarquização porque foge, né, então desde o início nós colocamos isso porque por ser cidade do interior às vezes sobrecarregava o gestor (G10).

A gestão do poder soberano está imbuída nos achados de Pires (2012) ao considerar o discurso dos trabalhadores da ESF que confirmam a atuação da gestão como sendo apenas a cobrança de metas e indicadores. Franco (2013) apresenta uma reflexão sobre a ineficácia das estruturas mantenedoras da hierarquia no interior das instituições, como por exemplo o organograma, já que a produção dos atos em saúde se organiza por relações e linhas de fluxos horizontais, mesmos que invisíveis.

Coêlho (2015, p. 168), ao analisar um projeto de intervenção e mudança de um modelo de gestão e atenção em Recife, evidencia, nas falas dos gestores, atitudes autoritárias e um "fazer como camisa de força", o que sinaliza um desencontro entre o momento político e operacional. O instituído "camisa de força" revela práticas de gestão do trabalho pautadas no controle dos tempos e atos, como verificação da frequência, controle de metas e resultados, com anulação da potência de ser e estar do trabalhador. Para a autora, muitos trabalhadores apresentam dificuldades em assumir uma postura mais autônoma e desvinculada do medo das represálias estabelecidas pela gestão formal.

> Quando você tem uma chefia de comando que observa e começa a exigir, você cria impacto. A resistência é só agora no começo, mas quando vê o dever de

> cada um, já vai mudar. Mas no inicio tem esse impacto porque fazia o que queria, era de qualquer forma e sofremos com isso (G33).

Na gestão, o objetivo é identificar os coletivos e submetê-los ao gestor a fim de "produzir o império a partir do nosso coletivo". O gestor é destituído dos espaços decisórios e reproduz essa prática, degolando o trabalhador em seus interesses e tomadas de decisão (Cruz, 2016, p. 257). O trabalhador é idealizado como uma marionete que executa as normas produzidas pela gestão do trabalho, como aponta G24, que assume um modo de governar os outros, atrelado a uma postura de ditador, com estabelecimento de posições e papéis dentro da hierarquia da gestão formal, sendo o gestor o ápice na representação do exercício do poder formal no bojo da máquina gestionária.

> Então eu vim com a ideia de trabalhar do conselho de saúde. Porque tudo na forma da lei, porque tudo tem que se cumprir horário, se não precisa de atestado médico, se for sair tem que avisar, quem fala em nome da secretaria é o secretário, ninguém mais fala, ninguém está autorizado a dar entrevista nem nada se não for o secretário. Então a gente implantou, tipo assim, inicial, uma postura de um ditador (G24).

A gestão do poder disciplinar soberano reconhece o trabalhador como um objeto de execução da gestão com uma forte tendência de burocratização das relações no interior das organizações de saúde. Para Campos (2007a, p. 263), o "objeto de trabalho" da gestão não inclui a produção de sujeitos plenos e autônomos em processos de democratização, e sim a tradição de controle dos trabalhadores em contraposição à produção de atores operantes.

O gestor ditador, no exercício do governo do outro, não exerce o cuidado de si enquanto uma atitude, um modo de estar no mundo, estabelecer relações e promover uma reflexão da sua prática e exercício de poder, já que exerce uma autoridade leviana de destituir o outro da sua autonomia e liberdade, diminuindo a sua potência para a ação no cotidiano do trabalho. Para Foucault (2011), somente através do exercício de um poder sobre si será possível regular o poder que se exerce sobre o outro, de forma a não reproduzir práticas de tirania e comando ou mesmo um governo que

destitua o outro da sua liberdade de ser e fazer (Foucault, 2011).

Cruz (2016) alerta sobre o aprisionamento do gestor pelo cargo e as atribuições referentes a ele, de forma que

> [...] ser gestor e estar na gestão é estar marcado em todo corpo, no sentido de que, seja onde estivermos e independente do que estamos fazendo, seremos sempre gestores, como se as marcas do governo "colassem" no corpo da gente. Imediatamente uma experiência vivida materializou essa "encarnação" da gestão no meu corpo, independente do que estava fazendo ou de onde estava (Cruz, 2016, p. 282).

A ocupação de um cargo formal de gestão incumbe no trabalhador uma marca ou máscara, uma subjetividade capturada pela lógica macropolítica da instituição, a partir da qual o gestor assume práticas e técnicas de governo prescritas, que se constituem como ações legitimadas e imprescindíveis para a produção do cotidiano do trabalho.

O encontro do gestor com o território da gestão em saúde se produz na adoção de uma máscara que o define enquanto gestor, na produção de uma subjetividade comum inerente ao cargo de alta direção, que traz consigo uma atuação serializada e predefinida, por meio de discursos programados, associados a uma intencionalidade momentânea atrelada ao exercício de uma função. São jogos ilusórios que mascaram as reais expectativas e intencionalidades dos gestores para reafirmar os ideais normativos das organizações de saúde (Cruz, 2016).

No entanto, o trabalhador tem plena consciência dos processos de captura e, por isso, cria suas linhas de fuga, resiste à dominação do soberano, em processos de alta produção de potência de vida, que é vista pelo gestor formal como impotência e resistência (Cruz, 2016). O território da gestão está constituído pela presença do instituído, regido por normas, decretos e produção, e do instituinte, autopoiético, de produção de modos de vida. O trabalhador produz territórios não habitados pelo gestor, invisíveis aos seus olhos, que são espaços de circulação de desejos e intencionalidades do agente g, em seu trabalho vivo em ato. Assim,

> O gestor-estado com suas maquinarias cegas, binárias, segmentárias, sobrecodificantes, não o vê, mas o procura. Quando o vê o codifica como impróprio,

> como desconforme, a ser normalizado, como o local da impotência do projeto. Onde o outro produz a sua potência, o gestor estado vê impotência, significada como ameaça ao projeto (Cruz, 2016, p. 312).

O trabalhador faz diferentes usos de si e não apenas a execução de procedimentos e cumprimento de normas. Santos e Barros (2012), ao analisarem as nuances do trabalho em saúde sob o escopo da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde, alertam sobre a impossibilidade de controle absoluto dos trabalhadores por parte dos gestores, reconhecendo a inoperância da racionalidade administrativa hegemônica que ordena o tempo, restringe os espaços de cogestão e fortalece mecanismos de comando, docilização e disciplinamentos dos corpos. A democratização dos espaços de decisão seria possível por meio da inclusão de trabalhadores e gestores em todo o processo de desenvolvimento do trabalho e de sua análise, ampliando a autonomia, o protagonismo e a corresponsabilidade. A gestão compartilhada estaria ancorada no efeito de analisadores que geram rupturas e catalisam fluxos, por exemplo os conflitos e enfrentamentos, a fim de evidenciar dispositivos que seriam gatilhos para os processos de mudança das formas de gestão. Assim, "formas democráticas de gestão do trabalho podem produzir, por conseguinte, subjetividades que recusam as sobrecodificações" (Santos; Barros, 2012, p. 112).

Gestão do improviso

O improviso aparece, neste estudo, atrelado à gestão do trabalho, por meio de práticas que buscam a resolução de problemas em caráter emergencial, dissociadas do exercício da reflexão antecipada e da democratização do processo de tomada de decisão. O gestor é surpreendido pelo acontecimento momentâneo e assume o papel decisório na resolução de tarefas urgentes que exigem providências imediatas (Matus, 1993). O entrevistado G62 reconhece exercer a gestão do improviso, de caráter pontual e não sistematizada, e a relaciona com a dificuldade de avaliar o próprio trabalho desenvolvido, operando em espaços de cegueira institucional.

> O planejamento é uma dificuldade e as avaliações são pontuais, dependendo de uma intervenção, de um trabalho feito, então assim, não tem nenhuma sistematização de planejamento e avaliação, não. O que eu acho assim, sinto bastante falta, até pra você avaliar a gestão do trabalho, como está sendo feito, até pra tomar de exemplo, está muito falho (G62).

A gestão do improviso foi identificada na categoria analítica planejamento e avaliação, no estudo de Littike e Sodré (2015), por meio do reconhecimento de práticas de gestão pautadas em decisões imediatas, pontuais e improvisadas que tinham pouca resolutividade no cotidiano do serviço de saúde. Os gestores relataram não desenvolver o planejamento sistemático das ações, o que confere ao trabalho um caráter semântico de improvisação e imediatismo, que pode gerar processos de alienação dos diferentes atores (Paim, 2006). Sulti *et al.* (2015, p. 179) relacionam a gestão do improviso ao exercício de ações imediatistas, de tomada de decisão de maneira emergencial em um processo de "apagar incêndio", no qual o gestor é o responsável pela tomada de decisão valorizando um centralismo decisório.

O planejamento e a avaliação das ações realizadas, no âmbito da gestão do trabalho na ESF, foram reveladores das nuances da gestão do improviso, sendo apontados como práticas não legitimadas na gestão formal em estudo, de forma que o gestor se posiciona como um refém dos acontecimentos inesperados, operando em espaços de baixa governabilidade e reduzida capacidade para a tomada de decisão. As dificuldades atribuídas ao exercício do planejamento das ações foram referentes à falta de conhecimento sobre gestão, demandas burocráticas que oneram o tempo do gestor e distanciamento entre o espaço da gestão municipal e o cenário de trabalho das equipes. O gestor G32 relaciona, ainda, a ausência do planejamento à sua inexperiência em cargo de gestão.

> Nós estamos construindo agora, eu não tenho experiência em gestão e a gente está procurando tentar construir juntos, às vezes quando eu preciso eu recorro à regional ou a municípios próximos, como sugeriu a própria coordenação pra que a gente possa estar criando um instrumento (G32).

Paim (2006) afirma que o planejamento possibilita, aos trabalhadores, a organização do processo de trabalho com base em propósitos claros e explícitos e, aos gestores, acompanhar o fazer dos sujeitos em ação. Representa o pensar a ação antecipadamente, sendo uma alternativa à gestão do improviso, que torna gestores e trabalhadores "uma presa fácil dos fatos, dos acontecimentos e das circunstâncias, independentemente da sua vontade" (Paim, 2006, p. 768). O autor reconhece que o planejamento deve ser uma construção coletiva dos diferentes atores envolvidos, para que eles tenham ciência do significado do seu trabalho e possam apostar na construção de ações otimizadas e adequadas à realidade de trabalho nos serviços de saúde. Assim, "o planejamento tem o potencial de reduzir a alienação" (Paim, 2006, p. 768).

Para o gestor, as amarras da burocratização do trabalho da gestão formal dificultam a construção de espaços de produção do planejamento e da avaliação associados ao processo de democratização das relações. O processo de trabalho do gestor sofre uma captura pela lógica do trabalho morto inscrito na máquina governamental, o que culmina na execução de práticas não reflexivas de cumprimento de rotinas, como a assinatura de contratos e convênios, que estão postas no campo da macropolítica e engessam esse trabalhador (Cruz, 2016). O tempo político inerente ao cargo é tido como um recurso escasso que deve ser otimizado na resolução de situações-problema e gestão de conflitos, em detrimento da escuta e diálogo em processos de cogestão. Toda a potência da gestão formal é investida na demarcação dos territórios de exercício do poder e definição de limites e fronteiras.

> Eu não consigo devido a essa parte burocrática que eu tenho que ficar envolvida, eu não consigo tá mais perto deles, não consigo, eu até tento. Então no caso dos cronogramas, eles mesmos desenvolvem, a não ser quando a gente vai fazer alguma campanha, alguma ação e aí eu sento junto com eles. Agora fora isso, eu não tenho pernas (G59).

Cruz (2016, p. 326) alerta para a constatação de que o ato de governar é intencionar resultados e produzir acontecimentos. Para a autora, intencionar envolve um "agir linha", que, ao se estriar, demarca e domina um território para a ocorrência de fatos políticos e registros

das marcas de governo em um "agir estado", que envolve a execução de práticas doutrinadas pela gestão formal do trabalho. A produção de acontecimentos envolve o vazamento da política de governo, ou seja, o que gera o inesperado dissociado do que foi definido *a priori* pelo gestor. Nesse sentido, o "agir estado" pode estar intimamente relacionado ao planejamento pensado e executado pelo gestor formal, mas a todo o momento estão sendo produzidos acontecimentos que fogem ao que é tido como esperado ou planejado. Assim, o planejamento pode constituir uma ferramenta potente de organização do trabalho no bojo da gestão em processos de negociação coletiva ou, ao contrário, representar apenas uma ação requerida pelo agir Estado, que limita, define, engessa e assume uma postura ingênua de controle absoluto de todos os acontecimentos.

No ato de governar, "somente podemos recolher de nossos agires seus efeitos *a posteriori*, pois não conseguimos prever o que vai acontecer, somente podemos intencionar", e a gestão envolve a imprevisibilidade de forma que o gestor não tem certeza do que irá acontecer, do resultado da sua ação (Cruz, 2016, p. 326). No cotidiano de trabalho, o gestor, mesmo que de uma maneira não sistematizada, propõe ações bem delimitadas, mas não poderá prever seus efeitos, visto que atua em um território de incertezas e habitado por multidões em diferentes processos de subjetivação.

Cruz (2016) propõe uma analogia para o trabalho do gestor que representa o ato de "trocar o pneu do carro andando", no sentido de implantar um modelo de saúde ao mesmo tempo em que responde às intempéries políticas, dificuldades estruturais e disputas. O entrevistado G57 reconhece o improviso nos processos de tomada de decisão em virtude de acontecimentos inesperados e associa tal prática ao adoecimento e sofrimento no trabalho, por meio da sobrecarga de trabalho e exaustão, ao mesmo tempo em que busca como linha de fuga a organização de práticas burocráticas inerentes ao cargo.

> Hoje mudou um pouco, no começo era apagando muito incêndio, pegamos uma secretaria com milhares de problemas muito sérios, desde infraestrutura muito ruim, falta de material, falta de protocolos, muito complicado. Hoje está um pouco mais tranquilo porque eu consegui inserir no meu organograma aqui da secretaria dois subsecretários. Isso já me deu um folegozinho porque antes eu tinha que ver tudo sozinha, acho que foi por isso que eu adoeci no

> final da primeira gestão. Então eu consigo respirar, mas eu ainda não consigo planejar como eu imaginava, consegui fazer contratos que me permitem não apagar aqueles incêndios que desgastam a gente na rotina, como contrato de manutenção, instalações prediais, contrato de ar-condicionado (G57).

Durante a observação de participante, surge a figura do gestor de pregos, em um momento no qual G37 é indagado por um servidor da Secretaria Municipal de Saúde sobre a provisão de tal recurso material e salienta, por meio do discurso, que "agora serei um gestor de pregos e não do trabalho". O gestor assume um papel de provedor de todos os tipos de recursos na máquina de governo, tendo dificuldade em delimitar seu campo de atuação em meio a processos políticos e estruturais de definição do seu cargo. Cruz (2016), ao ocupar diferentes espaços de gestão, confidencia que, ao assumir determinado cargo, parecem inerentes determinadas atribuições preestabelecidas pelo serviço que são executadas pelo gestor de forma naturalizada e sem reflexão.

O improviso é reconhecido como uma resposta aos acontecimentos produzidos pela gestão formal, no sentido de dificultar a organização do trabalho no território da gestão, ao mesmo tempo em que está atrelado à liberdade criativa, que se constitui em um dispositivo potente de produção de vida. A gestão do improviso como potência de morte está relacionada ao ato de apagar incêndio, de forma a resolver os problemas que emergem por meio de ações pontuais sem planejamento e reflexão da prática crítica e construtiva, com reforço à hierarquização da autoridade do gestor, por meio de uma gestão do provisório que gera repetição e impotência diante da complexidade da tarefa. Ao contrário, o improviso enquanto produção de vida está atrelado às linhas de fuga operadas pelo gestor e pelos trabalhadores, que buscam um agir militante em espaço de engessamento de um agir estado.

Merhy *et al.* (2007), ao apresentar as tecnologias de gestão em ato, apresentam mapas analíticos de atos inusitados que surgem a todo momento no cotidiano da gestão e que não podem ser controlados por normas ou protocolos, já que afirmam a imprevisibilidade dos acontecimentos que emergem em meio aos conflitos, cogestão e tensões constitutivas das relações entre os diferentes atores, que dispõem de autogoverno e autonomia para governar a si. Assim, "governar é um

agenciamento em constante atualização, um ritornelo", um trabalho vivo acontecendo em ato no espaço da gestão de si e dos outros, sem nenhum controle (Cruz, 2016, 265).

A gestão do improviso esteve também associada às limitações do saber-fazer dos gestores, o que gera um desconforto perante as equipes que não compreendem a sua real governabilidade. O gestor busca desenhar linhas de fuga e rotas alternativas com o objetivo de atender às demandas dos trabalhadores e, ao não disporem de ferramentas que garantam a resolução dessas demandas, surge a instância da insatisfação dos trabalhadores com a gestão do trabalho. Cruz (2016) afirma que o território da gestão formal é estabelecido *a priori* pela maquinária da administração, tecnologias de governo e forças políticas e partidárias que determinam a condução do projeto de gestão em curso. O gestor improvisa ações de acordo com o processo de captura a que estão submetidos pela organização de saúde a fim de responder às solicitações dos trabalhadores, mas não detém autonomia completa do processo de tomada de decisão, visto que o território governamental já dispõe de regras, mecanismos de controle, o que configura uma "máquina paranoica em operação cotidiana. Uma máquina que operava na defesa de vida de cada um governo e por consequência na sobrevivência do grupo à frente do projeto" (Cruz, 2016, p. 240).

O participante G14, por exemplo, aponta que os trabalhadores requerem aumento salarial, o que independe do desejo do gestor, sendo um dificultador no estabelecimento de relações dialógicas com as equipes.

> Então, na verdade o gestor, o gerente, ele nunca é tão bem-visto porque às vezes são coisas que fogem da nossa governança, porque na verdade o que as equipes hoje querem, aumento de salário, e aí foge a nossa governança e aí gera insatisfação (G14).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das modelagens de gestão do trabalho na ESF revela diferentes práticas e técnicas de governo desenvolvidas pelos gestores no governo de si e dos outros. Surgem, neste estudo, as categorias analíticas gestão

compartilhada, gestão disciplinar e gestão do improviso, que se entrelaçam em meio aos discursos, revelando a existência de nuances de todas em um mesmo modo de se fazer a gestão do trabalho. São modos distintos de governar, a si e ao outro, que apresentam em seu bojo o ator gestor formal do trabalho com diferentes atuações, quem traz em seu corpo marcas que o aprisionam em um ser gestor de saúde, performativo e centralizador.

Não existe uma separação demarcada entre os diferentes modos de governar e sim subjetividades que estão em ação e transformação em momentos de encontro entre o trabalhador e o gestor formal, de modo que governar a si representa o próprio governo do outro, no sentido de que a modalidade de gestão exercida sobre o outro é reflexo da gestão que o agente G faz de si mesmo. Assim, surge, a partir dos discursos, a expressão de diferentes gestores, que podem ser evidenciados, neste estudo, como gestor ditador, gestor de pregos, gestor soberano e gestor polvo, que delimitam um determinado agir interessado no contexto da gestão do trabalho.

A gestão compartilhada surge como uma tentativa de produção de espaços dialógicos e democráticos de tomada de decisão entre os agentes da organização, mas que, ao mesmo tempo, revela a simulação de atos democráticos por parte do gestor, que busca capturar o trabalho vivo em nome de um centralismo político, apesar de reconhecer a autonomia e liberdade dos agentes g.

Na gestão disciplinar, predominam as linhas de mando verticais, que são exercidas por meio de técnicas de governo pautadas na disciplina, controle, imposição de metas e resultados e execução de penalidades como, por exemplo, a destituição do cargo. O gestor busca o controle dos territórios, dos tempos e dos atos e não exerce uma autoanálise enquanto cuidado de si, visto que o que impera é a hierarquia e centralismo decisório. Ele assume a figura de protagonista na organização de saúde e desenvolve uma ação performativa que se expressa nas ações e nos discursos, por meio de uma máscara, em matéria de expressão, inerente ao ocupante do cargo formal de gestão. Surge a atuação do gestor mascarado que, por meio de um discurso maquiado, busca aprisionar o trabalhador em seu projeto de governo, ao mesmo tempo em que também é refém do mesmo objeto. Gestor que aprisiona e gestor que é aprisionado, destituído da sua liberdade pelas normatizações da organização centralista.

O improviso aparece como um alicerce de uma modalidade de gestão que está relacionada aos acontecimentos, ao ato de apagar incêndio, no sentido de ações pontuais sem construção reflexiva, que podem gerar repetição e impotência. No entanto, esse modo de fazer gestão, enquanto potência de vida, pode também ser um espaço de criação de linhas de fuga e exercício da criatividade e liberdade do gestor, partindo do pressuposto de que ele não detém controle dos resultados dos seus agires, deparando-se com o inesperado e o inusitado.

O cuidado de si, enquanto teoria âncora, revela que a gestão do trabalho na ESF está predominantemente delimitada pelos diferentes centralismos (político, democrático e decisório) exercidos por um gestor que está engessado pelas amarras de uma organização de saúde que o aprisiona, de forma que a autoanálise não é imbuída de potência de transformação de práticas de governo, estando o gestor em situação de governo através de técnicas e habilidades impostas pela organização formal da gestão macropolítica. Toda a potência para a ação do gestor é consumida na demarcação de territórios de exercício do poder, a fim de alinhar os trabalhadores aos interesses do projeto político predefinido. Dessa forma, mesmo as tentativas de construção de espaços de gestão compartilhada revelam a limitação dos gestores perante os processos de tomada de decisão e definição de novos rumos e modos de gestar o trabalho.

Assim, a reorientação dos modos de gestão e dos instrumentos e técnicas de governo seria capaz de superar a lógica da racionalidade gerencial hegemônica e das relações de mando, propondo contrapoderes e limitando práticas de governo burocráticas e autoritárias. O que existe é um distanciamento entre os executores (G) das funções formais de gestão e os agentes (g) operadores das atividades finalísticas. Surgem diferentes agires gestores em modos distintos de fazer a gestão do trabalho, através de ações de reprodução, produção, manutenção do instituído enquanto realidade estática e eclosão do instituinte enquanto processos de transformação.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org). **Agir em Saúde:** um desafio para o público. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007a. p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia.** São Paulo: Hucitec, 2007b.

COÊLHO, B. P. **Reformulação da clínica e gestão na saúde:** subjetividades, política e invenção de práticas. São Paulo: HUCITEC, 2015.

CRUZ, K. T. **Agires militantes, produção de territórios e modos de governar:** conversações sobre o governo de si e dos outros. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016. 349 p.

FLEURY, S. **Democracia e Inovação na Gestão Local da Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito.** 3 ed. São Paulo: Wmf Martins Fontes, 2011. 506 p.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 11. ed. São Paulo: Graal, 2010.

FOUCAULT, M. **Segurança, Território, População.** São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. 41 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013. 291 p.

FRANCO, T. B. O trabalhador de Saúde como Potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012. p. 493-545.

GUIZARDI, F. L.; CAVALCANTI, F. O. L. O Conceito de Cogestão em Saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 3051-3062, 2015.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. 2 v. Brasília: IPEA, 1993.

MERHY, E. E. A organização não existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. In: L'ABBATE, S.; CARDOSO; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (org). **Análise institucional e saúde coletiva**. São Paulo: HUCITEC, 2014.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 305-314, 1999.

MERHY, E. E. *et al*. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. In: CAMPOS, G. W.S. **Tratado de Saúde Coletiva**, HUCITEC/FIOCRUZ, 2006. p. 767-782.

PIRES, R. O. M. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família.** 1 ed. Curitiba: Appris, 2012.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental:** transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006. 247 p.

SÁ, M. C.; AZEVEDO, C. S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde:** abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013. p. 33-50.

SANTOS, S. B. F. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teóricos-políticos da saúde do trabalhador e do HumanizaSUS: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: BARROS, M. E. B.; BARROS, B. R. **Trabalhador de saúde:** muito prazer- protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Porto Alegre: Unijui, 2007, p. 73-96.

SANTOS, S. B. F.; BARROS, M. E. B. O trabalho em saúde e o desafio da humanização: algumas estratégias de análise-intervenção. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 2. P. 101-122, 2012.

SULTI, A. D. C. *et al*. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 171-181, 2015.

25

MARCOS VINICIUS DA SILVA CORDEIRO
ETHEL LEONOR NOIA MACIEL
MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA

ENTRE DADOS, SILÊNCIOS E INSUBMISSÕES: ESCREVIVÊNCIAS E LETRAMENTO RACIAL EM SAÚDE EM UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

QUANDO O CORPO ESCREVE: ESCREVIVÊNCIA COMO EPISTEMOLOGIA NEGRA

O presente texto toma a essência da luta antirracista, contracolonial, antidiscriminatória e emancipatória como marca epistemológica, a partir da inspiração metodológica das escrevivências, termo cunhado por Conceição Evaristo (2005). Ao tomar a escrevivência como guia da escrita, escolho um modo de narrar que emerge da experiência vivida. Uma escrita que pulsa no corpo, atravessa a memória e carrega o peso e a potência do que foi sentido, constituindo, assim, saberes no suor da cor e nas águas de sal que vertem aos olhos. Em encontros e vivências coletivas localizadas no lugar da escrita que partilham experiências e vivências que são coletivas.

Torna-se importante salientar que o termo escrevivência objetiva nomear uma forma de escrita que nasce da experiência vivida, especialmente das mulheres negras em seus múltiplos enfrentamentos contra a violência, o racismo, o patriarcado e a exclusão. Trata-se de uma escrita que não é apenas autobiográfica, mas coletiva, marcada por uma historicidade que se inscreve no corpo e na memória ancestral.

Ao reivindicar, a escrevivência desestabiliza as fronteiras entre literatura, ciência e vida, tensionando os limites do que se reconhece como saber legítimo. É, portanto, uma epistemologia que parte do cotidiano, dos silêncios e das dores, mas que também gesta esperanças e que recusa a neutralidade da escrita técnica, frequentemente colonizada por um ponto de vista universalista, branco e patriarcal.

Evaristo (2005) destaca a importância da oralidade narrada na constituição de si enquanto sujeito, corpo negro feminino na sociedade que

impõe silêncio aos corpos dissidentes de mulheres negras. Dessa forma, a escrevivência urge da experimentação de vivências de mulheres negras, que transpiram novas (cor)possibilidades de insurgências epistêmicas.

Nas escrevivências, corre a palavra poética enquanto um modo de narração daquilo que é visto, vivido e sentindo. Uma perspectiva afrocentrada de enxergar o mundo e interagir com ele. Assim, a narrativa, que se embala entre a poesia, é embasada de uma ciência que verte saberes pulsantes, memórias ancestrais e identidades coletivas.

Destarte, a palavra poética, enquanto elemento de construção das escrevivências, opera nas narrativas, habilidade linguística símbolo estruturante da comunicação humana. Dessa maneira, afirma Evaristo (2010, p. 2):

> A palavra poética é um modo de narração do mundo. Não só de narração, mas talvez, antes de tudo, de revelação do utópico desejo de construir um outro mundo. Pela poesia, inscreve-se, então, o que o mundo poderia ser. E, ao almejar um mundo outro, a poesia revela o seu descontentamento com uma ordem previamente estabelecida. Para determinados povos, principalmente aqueles que foram colonizados, a poesia torna-se um dos lugares de criação, de manutenção e de difusão de memória, de identidade. Torna se um lugar de transgressão ao apresentar fatos e interpretações novas a uma história que antes só trazia a marca, o selo do colonizador. É também transgressora ao optar por uma estética que destoa daquela apresentada pelo colonizador.

Assim, as escrevivências, enquanto embasamento teórico-metodológico, possibilita outras formas de produção de conhecimento científico deslocado do positivismo eurocentrado. Dentre as intelectuais negras, Sueli Carneiro (2023) denuncia o epistemicídio como apagamento sistemático dos saberes negros e afirma a necessidade de um novo referencial que parta das experiências racializadas. Na mesma linha, Lélia Gonzalez (2020), ao articular raça, classe e gênero na construção do "lugar do negro" na sociedade brasileira, debate a necessidade da centralidade das culturas que construíram este país (negra, indígena, latino-americana), sobretudo nas vivências das mulheres negras. Grada Kilomba (2020) também denuncia o racismo epistêmico e os mecanismos de silenciamento impostos às vozes negras, especialmente no meio acadêmico, e propõe a escrita como ato de

irreverência e cura, no qual o negro torna-se sujeito a partir da escrita. Tal arcabouço teórico reforça a escrevivência como transgressão da linguagem acadêmica. Ainda, localiza o corpo negro como produtor de saberes.

Por conseguinte, quando evocamos a centralidade do sujeito negro dentro dessa perspectiva de produção literária e epistêmica, não se aborda um sujeito particular – o individualismo impregnado em uma cultura burguesa. Em contraposição, Evaristo (2010, p. 5) destaca "um sujeito que está abraçado ao coletivo".

Nessa direção, ao protagonizar o corpo negro, que, por séculos, foi violado, seja em sua integridade física, representativa, sagrada ou cultural, interditado em seu espaço individual e coletivo, a escrevivência se afirmar enquanto uma forma de resistência. É o (r)existir por dentro da linguagem, na língua daquele que marcou esse corpo como "coisa".

Sob o signo da linguagem, o colonizador utilizou sua língua para desarticular, apagar, inferiorizar, limitar e reprimir.

> A preponderância da língua do colonizador se fará notar em relação às línguas indígenas e africanas, utilizadas nas comunicações intergrupais das várias etnias que aqui aportaram. A língua portuguesa significava a continuidade de um estado de poder, guardando também um status superior na hierarquia das línguas. A sua assimilação servia para diminuir a capacidade de um levante da população escrava e dificultava a construção de um compromisso ideológico entre os africanos e os seus primeiros descendentes já nascidos no Brasil (Evaristo, 2010. P. 6).

Convém observar que a língua, enquanto ferramenta de dominação colonizadora, estabelecendo e posteriormente sendo reforçada por um racismo linguístico, foi utilizada não para criar pontes, interações e trocas, mas sim o oposto disso. A partir da reflexão de Conceição Evaristo (2010), torna-se evidente que a imposição da língua portuguesa não foi apenas um mecanismo comunicacional, mas, sobretudo, um instrumento de dominação política e apagamento cultural. A língua do colonizador não se impôs de forma neutra: ela hierarquizou saberes, subalternizou as epistemes africanas e indígenas e interditou a emergência de outros mundos possíveis, ao silenciar cosmologias, memórias e modos de organização social que resistiam ao projeto colonial.

O domínio do português, como destaca Evaristo (2010), foi uma estratégia para desarticular laços coletivos e dificultar a construção de um projeto comum entre os africanos escravizados e seus descendentes. Em outras palavras, a língua funcionava como tecnologia de controle, não apenas sobre os corpos, mas também sobre as consciências. Esse processo ecoa no presente, quando observamos que o domínio da norma culta ainda é critério de validação da inteligência, da civilidade e da legitimidade de fala no espaço público.

Discutir letramento racial no campo da saúde, portanto, exige reconhecer que a linguagem também é lugar de disputa. Não basta acessar a língua do poder – é preciso, revirá-la por dentro, fazê-la vibrar com nossos sentidos, carregar nela o peso da memória coletiva e, sobretudo, tensionar os limites do que pode ser dito e reconhecido como saber. Ao transformar a escrita em escrevivência, descolonizamos também os modos de narrar a experiência, deslocando o centro da fala para os corpos que historicamente foram interditados de produzir e validar conhecimento.

Cabe ressaltar que a utilização das escrevivências – uma terminologia que originalmente surge da poesia, mas que hoje ganha amplitude e se transforma em aporte teórico – ancora-se em uma episteme nascida da experiência negra que reforça um compromisso com o letramento racial realmente centrado no "escrever-viver, escrever-se-ver, escrever-se vendo, escrevendo-se" (Guzzo, 2021).

O FORASTEIRO E A CONSTRUÇÃO DE UM LUGAR[1]

Ser forasteiro não dizia respeito apenas à geografia. Não era apenas o fato de ter deixado a periferia de Vitória, no Espírito Santo, para ocupar um espaço técnico no coração da saúde pública federal em Brasília. Ser

1. A figura do "forasteiro" é evocada para nomear o primeiro autor deste texto em sua travessia como coordenador e facilitador da Jornada de Equidade Étnico-Racial, simbolizando o corpo que chega de fora, atravessado por deslocamentos, e que, mesmo em meio ao não pertencimento, semeia caminhos de transformação.

forasteiro era sentir, no corpo e na escuta, o peso de trazer um debate que não vinha de dentro da instituição, mas das ruas. Minha presença ali – negra, periférica e insurgente – trazia incômodo. Não por mim, mas pela pauta que eu carregava. Carregava nas mãos um debate que não se diluía em "diversidade" nem se resumia a datas comemorativas. Um debate que exigia reposicionamento ético, político e estrutural. E que, ao ser apresentado com dados, escuta e memória, revelava o que muitos ainda preferiam não ver: o racismo como engrenagem de funcionamento do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse deslocamento – geográfico, institucional e simbólico – me atravessava como uma cicatriz aberta. Um lugar de não pertença constante. E, paradoxalmente, foi essa não-pertença que me forjou. Na ausência de reconhecimento da necessidade, criei a presença. E na desconfiança do outro, ergui pontes com aquilo que trago de mais firme: o compromisso com os que vieram antes de mim e com a construção de uma saúde pública antirracista, na qual ninguém precise mais se sentir forasteiro no próprio país e suas instituições.

O Brasil ainda adoece com a cor da pele que jura não ver. Em uma tarde cansativa, após uma manhã inteira facilitando o primeiro encontro da Jornada de Equidade Étnico-Racial[2], finalizava aquele encontro em silêncio. A escolha pelo silêncio se faz na garantia de ofertar ao corpo e à mente um momento de reconexão entre sim. Por toda a Jornada, apontamos que o saber é sentido no corpo e, na mente, encontra possibilidades de processamento, sentidos e fixação.

O corpo aqui é um instrumento de ensino e reconecta-se a ele, evoca as experiências vivida na memória individual e coletiva. Ora, se somos seres sociais, as memórias se experienciam na coletividade, sendo esta um campo de disputa de narrativa (Bento, 2022; Fanon, 2008; Kilomba, 2020). O corpo preso, muitas vezes dominado por uma mentalidade

2. A Jornada de Equidade Étnico-Racial foi desenvolvida no âmbito da Assessoria Técnica de Equidade Étnico-Racial em Vigilância em Saúde e Ambiente, vinculada ao Gabinete da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA). Realizada ao longo de 2024, a iniciativa teve como propósito fomentar o debate sobre a promoção da equidade étnico-racial na Secretaria e fortalecer a implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra no campo da Vigilância em Saúde.

colonial, ao se ver desprendido, ainda guarda memórias reprimidas nos porões dos navios que desconhecemos, afinal "qual era o cheiro do navio negreiro? ".

Naquela tarde, a turma sentada em círculo de 19 pessoas, algo que era de se comemorar visto a dificuldade de fechar as primeiras turmas – ora por falta de interesse, ora pela sobrecarga de trabalho e indisponibilidade –, materializava o projeto que fora sonhado e gestado por muitas pessoas.

Eu, na posição de facilitador, em nada facilito o sentir, o corpo doía ainda do encontro da manhã, mas estar ali na frente das pessoas e conduzi-las, por caminhos muitas vezes dolorosos para mim e desconhecido pela maior parte delas, me obrigava a atenção plena aos corpos e mentes que ali estavam.

Durante as atividades daquela tarde, observo um participante, lido socialmente como negro, muito inquieto e extremamente desconfortável com o que eu trazia ali. Eu também estava desconfortável, mas precisava seguir. Observei que, durante as atividades, ele pouco interagia com os colegas, evitava contato visual, mas mantinha sua atenção aos slides e ao que era falado. Nas atividades de leitura, grifava vários trechos do texto. Ao observá-lo, me questionava o que se passava. Havia finalizado uma turma muito participativa e provocativa, mas aquele grupo era completamente diferente. A turma da manhã, majoritariamente mulheres, brancas, cisgêneras e heterossexuais – característica predominante nas maiorias das turmas que aconteceram em Brasília/DF –, já essa turma da tarde era mais jovem e falava pouco.

O estômago se contorcia, não sabia se era dor ou fome. A hora do lanche era o momento em que todos interagiam no primeiro encontro. Pessoas que trabalhavam no mesmo andar, mesmo departamento, mas que nunca haviam se falado até então, encontravam ali um espaço seguro para puxar conversa. Eu, forasteiro naquele lugar, ansiava pelo suco de morango, mas, no primeiro dia, meu corpo doía. Eu apenas pegava minha marmita, afinal de contas, para tentar alcançar mais pessoas, renunciava ao almoço para que pudesse ofertar duas turmas. Apesar disso, busquei tentar me aproximar daquele homem, mas não consegui encontrá-lo. Ele, que usava uma calça jeans *skym*, sapato social e camisa de botão branca por dentro da calça – impecável –, sendo um corpo negro naquele espaço branco, não passaria facilmente desapercebido. Não o encontrei na hora do lanche.

O retorno à sala era sempre um desafio, as conversas que não foram finalizadas, os alinhamentos que precisavam ser pontuados, as mensagens da chefia que precisavam ser respondidas. A cabeça havia sido tomada abruptamente pelas demandas do dia a dia. Mesmo optando por realizar os encontros fora do ambiente de trabalho – para permitir uma fuga da rotina massacrante dos trabalhadores e trabalhadoras da Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) –, era preciso trazer o corpo para aquele ambiente.

Tudo era pensado para que os sentidos fossem estimulados. A temperatura sempre amena, exceto quando uma falha mecânica no ar-condicionado nos levava a abrir as janelas. No ar, um cheiro envolvia os participantes, alecrim, romã e alfazema propiciavam uma nova atmosfera. Os cheiros muitas vezes se misturavam ao cheiro do café, sempre a disposição para quem assim desejar. Nas paredes, símbolos Adinkras apontavam que ali tudo se propunha a ensinar e a aprender de maneira circular. Os intervalos eram embalados por uma *playlist* cuidadosamente pensada para aquele momento, mais de seis horas de música de artistas negros e indígenas. A arte se coloca como potência para mudança e promoção do antirracismo na prática.

O conteúdo fora ministrado. Ao fim, o conto "Os guris de Dolores Feliciana", de Conceição Evaristo (2016), trazia para narrativa os sentidos vividos através dos dados que, em sua maioria, foram produzidos por aquelas pessoas, trabalhadoras e trabalhadores da Vigilância em Saúde. Silêncio, nariz fungando, lágrimas escorrendo.

Todos podiam chorar, aquele era o momento. Mas, a mim, cabia segurar as lágrimas e acolher. Mesmo quando aquelas palavras me lembravam meu primo WC assassinado pela violência policial aos 23 anos de idade, um jovem que, tendo a vida marcada pela desigualdade racial e social – afinal, no Brasil classe denota cor e raça (Akotirene, 2019) –, foi muito cedo aliciado para ser um soldado do tráfico. De estatura média, pele parda queimada do sol, sorriso fácil e cabelos cacheados, aquele jovem não pôde pagar pelos seus crimes, teve sua vida esgarçada e um "flagrante" forjado, afinal um jovem negro não poderia estar no asfalto enquanto retornava de uma missão, comprar pão para sua mãe que o aguardava em casa.

O genocídio dos jovens negros no Brasil está fundamentado em um projeto político de negação e extirpação de sua dignidade mesmo após

terem sua vida ceifada, tudo mascarado mas assumido com naturalidade (Nascimento, 2016). Meu primo deixou de ser filho, flamenguista, irmão e piadista para se tornar um número registrado no Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), mais um entre tantos números que perderam a possibilidade de narrar sua própria história.

Tudo isso corria em minha mente enquanto lia aquele conto, estava de pé na frente da sala, em meu corpo uma sensação apertava meu peito e na garganta o choro era dominado. As palavras que ali soavam como se fossem um poema, em mim, vertiam dor, sangue e memórias. Muitas vezes, pensei que aquele poderia ter sido o desfecho da minha vida, que estar vivo ali já era lucro. Em um sistema que nos limita, nos silencia e apaga nossa existência, viver é um ato de profunda insubmissão.

Ao final do primeiro dia, eu estava ali, de pé, tentando acolher a dor do outro. Ainda carregava em mim o incômodo: como tudo aquilo que falamos durante as quatro horas do primeiro encontro teria atravessado aquele homem de camisa branca, visivelmente desconcertado?

Fui até ele para cumprimentá-lo. Apesar de tentar manter uma proximidade afetiva com todas as pessoas presentes, havia em mim uma certa apreensão. As críticas que antecederam o projeto ainda ecoavam. Duvidavam que daria certo. Chamavam de ousado demais. Afinal, diziam, aquela era uma das secretarias mais "rígidas" do Ministério da Saúde.

Quando me viu se aproximar, quase que por um salto de impulso, aquele homem me abraçou e chorou. Eu, que até ali me mantive firme na minha certeza de não chorar, não desmoronar na frente das pessoas, precisava ser firme. Eu chorei. Em um abraço que encontrava ali um afeto ancestral dentro de uma "máquina de moer gente", nossas lágrimas se misturavam, meu ombro molhado, nossos corpos tremiam.

O silêncio entre nós dois foi rompido. Com a voz embargada e ao pé do meu ouvido com o rosto quente, ele respirou fundo e disse: "Muito obrigado por...." Não completou a frase. Nem precisava. O peso do que tinha sido silenciado por tanto tempo estava ali, entre nós dois, suspenso no ar. A dor dele não era só dele. Era uma dor partilhada, herdada, talvez ainda mal compreendida, mas agora nomeada. Aquele homem de camisa branca não sabia, mas aquele momento era eu quem deveria agradecê-lo.

Aquele gesto, simples e íntimo, me atravessou. Porque era ali, naquela fresta, que o projeto ganhava sentido. Não se tratava apenas de falar sobre

racismo institucional, mas de abrir espaço para que o não-dito respirasse – e, quem sabe, começasse a se mover.

Com aquele momento, ainda vivo em minha memória, todo o longo processo para chegar àquele encontro provou fazer sentido. O corpo doía, falar de racismo dói. Aos expectadores em volta, a cena comovia, a entrega era visível. Dois trabalhadores negros se encontravam ali e, em lágrimas, se conectavam e se reconheciam.

A presença negra no serviço público ainda carece de maior efetividade para que possa representar a sociedade brasileira. Quanto mais alto o nível da esfera de governo (municipal, estadual e federal) ou maior o nível dos cargos, menor é a presença negra. Dentro do Ministério da Saúde, essa realidade não é diferente. Segundo dados do próprio Ministério, entre o corpo de servidores(as) efetivos(as), 53% são pessoas brancas, 32,90% pessoas pardas, 11,51% pessoas autodeclaradas pretas (totalizando 44,41% de negros), 1,26% pessoas amarelas e 0,5% pessoas indígenas. Os dados não contabilizaram bolsistas consultores e outros vínculos dentro da Instituição (Brasil, 2024).

Encontrar pessoas negras ali, muitas vezes, soava como um momento de aquilombamento. Voltei para casa exausto naquele dia, mas com uma certeza: a Jornada não era só uma proposta técnica. Era, para muitos, a primeira oportunidade de enxergar o racismo como estrutura. E, para outros, a primeira vez em que puderam olhar para si mesmos com olhos mais limpos. Para mim, era a confirmação de que, em um sistema que nos limita, nos silencia e nos apaga, viver é um ato de profunda rebeldia.

O sentimento de ser forasteiro não se tratava apenas da minha mudança geográfica. Com muita frequência, a marcação do vivido que em mim corria nutria os fantasmas de que aquele não era o meu lugar. Esse não-lugar dialogava com aquilo que Lélia Gonzalez aponta sobre o lugar do negro na sociedade brasileira, a subalternidade do ser (Gonzalez; Hasenbalg, 1982; Santos, 1996).

Logo no início da minha estadia no cerrado brasiliense, meu nome era corriqueiramente substituído por menino do terno azul, menino do boletim e até menino do racismo. A resposta era o silêncio. Mas logo percebi que, na sala da Jornada, eu poderia ser, falar e pensar críticas ao nosso fazer saúde. Semeando palavras, regando ideias, esperando que, no ventre do tempo, germinem mudanças e floresçam potencialidades de conhecimentos antirracistas para o SUS.

Para estar ali – naquele espaço institucional, técnico, muitas vezes hostil à diferença –, eu sabia que precisaria dominar as linguagens reconhecidas como legítimas: a metodologia científica, a epidemiologia, o discurso técnico, o debate político-filosófico. Mas isso, por si só, não bastava. Era preciso também trazer comigo os saberes que me formaram fora dos muros da universidade: os aprendizados dos terreiros, das rodas de conversa, das vivências no movimento social, dos caminhos trilhados na vida. Saberes que me atravessaram mesmo quando, por inúmeras barreiras, muitos outros não puderam chegar até mim. O desafio era esse: transitar entre mundos, afirmando que há potência na encruzilhada.

Tendo esse propósito, abria o primeiro encontro com uma saudação que modifiquei ao longo dos encontros, mas que carregava em si uma mensagem nítida e enfática: *"Muito do que trago aqui não nasce comigo. Cada palavra que aqui deixo carrega pegadas antigas. A palavra que me atravessa, herança viva dos que vieram antes de mim carrega o conhecimento da ancestralidade. Peço licença a Exu – orixá das palavras e dos caminhos - para que esta jornada siga sentido e caminho..."*

Dessa forma, a construção do conhecimento perpassa os caminhos do ser e do estar alinhado à percepção de si no processo social e ao papel que cada um ocupa enquanto sujeito histórico. A pretensa neutralidade nesse processo resultaria numa produção desconectada, distanciada dos corpos que a produzem e das realidades que pretende transformar.

Este, portanto, não é apenas um relato de ações ou práticas de gestão, tampouco se limita à produção de conhecimento técnico ou à defesa abstrata do SUS. Trata-se de narrar aquilo que, muitas vezes, escapa dos documentos, dos relatórios, dos pareceres, das metas – mas que pulsa nas entrelinhas: os afetos, as tensões, os ruídos, os silêncios e as potências que atravessam o fazer cotidiano no interior das políticas públicas.

Nesse lugar, evocando como epistemologia a produção de conhecimento localizado a partir do viver e sentir, as escrevivências partem da experiência e da vivência para contar o que fora construído. Assim, escrever essa experiência coloca-se enquanto um movimento de agarrar-se à vida e sobreviver a morte. Tornando-se um ato de insubordinação, de construção e de ruídos que rompem os silêncios, causando incômodos ao instituído pelos silenciadores. Como já apontou Conceição Evaristo

(2005), escrever é ato que parte do vivido, que convoca o corpo e a memória. Nesse sentido, escrever é sangrar, é trazer à tona o que pulsa sob a pele do que foi experimentado.

A escolha por trazer tal perspectiva dialoga diretamente com o propósito do projeto aqui relatado, um projeto envolto de afeto, dores, sentimentos e insurgências aos mecanismos coloniais impostos pela institucionalização da saúde. No cotidiano da gestão da saúde, a técnica muitas vezes se veste de neutralidade, silenciando os conflitos e naturalizando as exclusões. É nesse terreno que se impõe a necessidade de um outro tipo de escrita, uma escrita que acolha o vivido, que incorpore a escuta e que reponha a dignidade das experiências historicamente negligenciadas.

O LETRAMENTO RACIAL E SAÚDE: PARA ALÉM DA SUPERFICIALIDADE DAS NOMENCLATURAS UM CHAMADO À MUDANÇA

Grada Kilomba (2020, p. 33) evoca a figura de Anastácia e a máscara da colonialidade para tratar sobre como as epistemologias não brancas são sempre evocadas no não-lugar da ciência.

> Quero falar sobre a máscara do silenciamento. Tal máscara foi uma peça muito concreta, um instrumento real que se tornou parte do projeto colonial europeu por mais de trezentos anos. Ela era composta por um pedaço de metal colocado no interior da boca do sujeito negro, instalado entre a língua e o maxilar e fixado por detrás da cabeça por duas cordas, uma em torno do queixo e a outra em torno do nariz e da testa [...], sua principal função era implementar um senso de mudez e de medo, visto que a boca era um lugar de silenciamento e de tortura.

Tal reflexão nos coloca a pensar as políticas sádicas de dominação, tortura, submissão e silenciamento sobre quem "Pode" falar e sobre "O que" e "Quando" falar.

Carneiro (2023) aponta que o dispositivo de racialidade opera como engrenagem estruturante de uma rede de elementos forjada pelo contrato racial, sendo responsável por organizar funções no sistema produtivo e por atribuir papéis sociais com base na hierarquização racial.

Dessa forma, a colonialidade, ainda vivida cotidianamente nas sociedades, institui, como política sádica e estratégica de dominação, o genocídio de povos negros e indígenas. Um genocídio que, embora amplamente denunciado nas redes e televisionado em horário nobre, segue incapaz de produzir rupturas nas estruturas institucionais do Estado. Em sua face mais perversa, a política da ausência perpetua condições e condicionantes de vida historicamente inferiorizadas. É nesse cenário que se impõe a urgência de uma leitura radicalizada dos dados epidemiológicos, não apenas para reconhecer o que adoece, mas para compreender que, embora as doenças sejam as mesmas, os modos de adoecer e os desfechos de morte são condicionados pelas experiências racializadas do viver (Barbosa, 1998; Carneiro, 2023; Jesus, 2020; Lopes, 2005; Mbembe, 2018)"genre":"Tesde de Doutorado","language":"pt","note":"DOI: 10.11606/T.6.2020.tde-08042020-101524","publisher":"Universidade de São Paulo","publisher-place":"São Paulo","source":"DOI.org (Crossref.

Como aponta Achille Mbembe (2018), o poder moderno, sobretudo em sociedades marcadas pela herança colonial, exerce-se não apenas sobre a vida, mas sobre a morte – elegendo quem deve viver e quem pode morrer. No Brasil, esse gerenciamento racializado da morte se atualiza na necropolítica que rege o cotidiano de povos negros e indígenas, naturalizando desigualdades, adoecimentos e mortes evitáveis.

Outro instrumento utilizado no processo colonial é o epistemicídio, que também adotará contornos raciais ao não reconhecer, desqualificar e anular as possibilidades de produção de conhecimentos, cosmovisões e sentidos não brancos. Carneiro (2023, p. 88-89) discorre sobre tais estratégias:

> Para além da anulação e desqualificação do conhecimento dos povos subjugados, o epistemicídio implica um processo persistente de produção da indigência cultural: pela negação ao acesso à educação, sobretudo a de qualidade; pela produção da inferiorização intelectual; pelos diferentes mecanismos de deslegitimação do negro como portador e produtor de conhecimento e

> pelo rebaixamento da sua capacidade cognitiva; pela carência material e/ou pelo comprometimento da sua autoestima pelos processos de discriminação correntes no processo educativo. Isto porque não é possível desqualificar as formas de conhecimento dos povos dominados sem desqualificá-los também, individual e coletivamente, como sujeitos cognoscentes. E, ao fazê-lo, destitui-lhe a razão, a condição para alcançar o conhecimento considerado legítimo ou legitimado. Por isso o epistemicídio fere de morte a racionalidade do subjugado, sequestrando a própria capacidade de aprender. É uma forma de sequestro da razão em duplo sentido: pela negação da racionalidade do Outro ou pela assimilação cultural que, em outros casos, lhe é imposta.

A proposta da Jornada de Equidade Étnico-Racial foi inicialmente encomendada a partir de uma demanda das relações de trabalho. Contudo, o que se apresentava naquela janela de oportunidade precisava ir além das relações de boa convivência e ética no trabalho, pulsava a possibilidade de potencializar os encontros como mudança de mentalidade. Para além daquilo que está previsto no código penal, formava-se a oportunidade de explorar debates na estrutura social e suas reverberações na teia do trabalho em saúde.

O termo letramento refere-se ao processo de inserção do sujeito no universo da linguagem escrita, compreendido como o desenvolvimento das capacidades de codificar, decodificar e atribuir sentido à palavra escrita. Inspirado no conceito de "*racial literacy*", o letramento racial vai além da tradução literal de "alfabetização". Ele se ancora na ideia de que ler o mundo exige decifrar suas marcas históricas, seus traços coloniais e suas repetições perversas. Trata-se de cultivar uma escuta atenta ao clima racial de cada espaço – seja ele uma sala de aula, um serviço de saúde ou um gabinete técnico – e, a partir dessa escuta, construir respostas éticas, políticas e coletivas: "você vê quem eu sou?" (Santa Rosa; Oliveira, 2024).

Estudos sobre letramento racial produzidos no Brasil entre 2017 e 2022 no campo da educação destacam que:

> O estudo sobre letramento racial tem compromisso político-social no combate ao racismo. Destaca-se assim que o letramento racial crítico, assim como o letramento racial, são possibilidades de mudança, na forma de pensar e agir, fazendo com que os cidadãos saibam refletir de forma crítica e participativa,

compreendendo seu papel na luta contra o racismo e preconceito (Almeida; Eugenio; Garcia 2023).

O letramento racial não se resume a um saber técnico ou ao domínio de termos corretos sobre raça e racismo. Ele é, antes de tudo, uma ferramenta de afinar os sentidos para escutar o que o mundo insiste em calar. É a capacidade de perceber os códigos ocultos das relações raciais, os silêncios que gritam em instituições, os gestos cotidianos que reforçam desigualdades profundas. E precisa incidir de maneira consistente nas concepções individuais que foram forjadas pela estrutura social racista, sexista, classista e que refletem tais práticas para relações pessoais e instituições. Werneck (2016), ao debater o racismo institucional na saúde, aponta que ele resulta do deslocamento das percepções individuais para dentro das instituições. Assim, o processo de letramento racial deve vislumbrar desenvolver habilidades de decodificação das relações sociais e étnico-raciais e, ainda, movimentação para um posicionamento político perante o que está colocado.

O SUS, enquanto um sistema político mediado e constituído a partir das relações de poder, carrega para o seu fazer aspectos dessa dinâmica social. O poder instituído no interior da estrutura do Estado brasileiro reproduz, no bojo de suas microrrelações, tais aspectos e dinâmicas. Dessa maneira, o caminho aqui construído se deu de formar inversa, a partir da transformação das forças de trabalho que pudessem refletir em mudanças de processos de trabalho em prol da equidade.

Nesse sentido, o letramento racial deve ser compreendido como um processo formativo que possibilita ao sujeito reconhecer as marcas do racismo estrutural nos processos sociais, históricos e culturais. Trata-se de uma formação que fornece ferramentas analíticas para que cada indivíduo possa se perceber nas relações sociais, étnico-raciais, compreendendo como o racismo opera e se atualiza nas instituições e nos cotidianos.

Mais do que conteúdo técnico, o letramento racial convoca para um compromisso ético, político, cultural e social com a luta antirracista. Ele reeduca o olhar, expande a escuta e provoca a reflexão crítica sobre as formas de preconceito, discriminação e exclusão ainda naturalizadas na sociedade. É, portanto, instrumento fundamental para romper silêncios e (re)escrever o Brasil que ainda insiste em não se ver por inteiro.

Não é um aprendizado neutro. É um compromisso com a desconstrução das estruturas que naturalizam a desigualdade. Letramento racial é, portanto, uma prática viva de movimento, de denúncia e de reinvenção da linguagem e de práticas, para que elas sirvam não mais à exclusão, mas à reconstrução de mundos mais justos.

Sendo assim, o letramento racial em saúde deve, primeiramente, comprometer-se com a defesa intransigente da saúde enquanto um direito humano fundamental para a manutenção da vida e cidadania. Reconhecer o princípio da equidade na saúde, no cuidado e na construção de políticas públicas como força motriz para se alcançar a justiça social. Compreender que as condições socioambientais, políticas, econômicas, culturais e geográficas determinam diferentes processos de saúde-doença-cuidado e morte. Que a raça, enquanto um conceito/dispositivo social, produz experiência distintas do adoecer e isso precisa ser apreendido na interseccionalidade enquanto ferramenta sistêmica de produção de saúde. Além disso, valorizar e promover o protagonismo afro-indígenas na construção do Estado brasileiro e nas políticas de saúde.

Na encruzilhada desse entendimento, o conteúdo abordado no letramento racial em saúde ao longo da Jornada foi estruturado em três dimensões interdependentes: i) formação histórica e conceitual; ii) identidade e lugar social; e iii) políticas públicas e saúde da população negra.

O conteúdo foi dividido sistematicamente em três encontros presenciais de quatro horas, com intervalos de 20 a 30 min para uma pausa. Como recurso pedagógico, foram utilizados textos didáticos para leituras individuais e coletivas, atividades artísticas, tarefas em grupos, trechos de filmes, vídeos, imagens e dados buscando sempre dialogar com a realidade daquele grupo.

i) Formação histórica e conceitual

Apesar de se considerar como primeiro dia da Jornada o encontro presencial, o processo de letramento racial iniciava-se no momento da inscrição, quando os participantes preenchiam um formulário extenso com perguntas que caracterizavam o perfil da turma, além de permitir personificar os encontros a partir do grau de exposição a conteúdo racial da turma.

Ao final da inscrição, os participantes recebiam acesso à *playlist* de músicas compostas por artistas negros e indígenas, além de receber um passaporte para o encontro. Muitos participantes relatavam desconhecer vários e que se viam inquietos com as perguntas.

Assim, ao longo de todo o primeiro encontro, o objetivo está em conduzir os participantes a refletirem sobre como a sociedade brasileira está estruturada em uma divisão racial. Da história do país, passando pela violência contra povos originários, as múltiplas faces das legislações do Brasil que marginalizaram a população negra e indígena e a construção científica ancorada na eugenia e nas teorias de superioridade branca. Aqui, optou-se por um contraponto daquilo que se estava comumente habituado a debater, oportunizando uma fiel discussão da sociedade brasileira.

A escolha por se trabalhar as bases históricas do racismo, com sua construção ideológica reverberando nos impactos na saúde, a partir dos achados epidemiológicos, conduziam o participante a apreender que as desigualdades raciais no Brasil têm raízes históricas e que o hoje é reflexo de um longo caminho de negligência a essa população (Almeida, 2018; Gonzalez, 2020; Nascimento, 2016; Carneiro, 2023). Assim, refutamos, a partir de outros olhares, o discurso hegemônico da história oficial que retrata vencedores e vencidos, trazendo à superfície a criticidade e a quem serviam as intencionalidades de tal história.

Ao confrontarmos essa visão com a potência da história oral, o que se revela é um embate entre a história oficial – moldada por disputas no campo institucional e epistêmico – e as histórias outras, contadas em diferentes lugares, como nos becos, nos terreiros, nas vielas e nas escolas de samba, entre outros espaços contracoloniais. A história oficial, ao se impor como verdade hegemônica, marginaliza, silencia e apaga as formas populares, negras e indígenas de narrar o mundo. A oralidade, encorpada por saberes e vivências, borda um tecido narrado e, nesse contexto, se transforma em trincheira e território de resistência nas frestas do sistema (Benjamin, 1987; Borges, 2017; Cordeiro; Martins; Lima, 2021; Holanda, 2007).

É nesse movimento que emerge a pluralidade do movimento negro no campo da cultura, especialmente através do samba e das escolas de samba. Essas agremiações são mais do que expressões artísticas, são espaços de produção de identidade, memória, saúde e cuidado coletivo (Cordeiro *et*

al., 2021). O desfile da Estação Primeira de Mangueira em 2019 é exemplo contundente dessa insurgência. Ao afirmar "a história que a História não conta", a escola lança luz sobre os apagamentos históricos de negros e indígenas na formação da nação brasileira — e denuncia o racismo como operador contínuo da exclusão.

Ao fazer isso, Mangueira não apenas canta um enredo. A escola de samba denuncia as ausências curriculares, tensiona o que se ensina, processos de cuidado, cura e reconstrói a narrativa da brasilidade a partir de seus verdadeiros alicerces.

Ao reconhecer que a história oficial se escreveu a partir da lógica do apagamento e que o letramento racial é um instrumento de retomada crítica dessa narrativa, compreendemos que o campo da saúde não está à margem desse processo, mas profundamente implicado nele. O projeto da Jornada de Equidade Étnico-Racial, ao comprometer- se com a história, traz aquilo que Abdias Nascimento (2016) nos convoca conhecer o passado para se responsabilizar e promover mudanças.

Objetivando localizar o conhecimento na área da saúde, o encontro é conduzido até as reflexões dos dias atuais a partir dos indicadores sociodemográficos e de saúde da população brasileira por raça-cor.

ii) Identidade e lugar social:

É muito comum, na banalização do debate étnico-racial no Brasil, tratarem o racismo estrutural enquanto uma entidade abstrata que existe, mas que, apesar disso, não se tem nenhuma responsabilidade, ou seja, não é possível fazer para mudanças.

No segundo dia, partindo da compreensão de que o hoje é feito nos encontros, cada participante é conduzido a pensar sobre seus marcadores sociais – raça, gênero, classe social, orientação sexual, deficiências, religião, entre outros – e como tais marcadores configuram suas identidades, moldam suas trajetórias profissional e de vida. Discutimos, assim, a ideia de privilégios e meritocracia como ferramentas da branquitude para a manutenção das desigualdades.

Aqui manifesta-se a compreensão de que a luta antirracista está intrínseca ao compromisso do enfrentamento do machismo, da LGBTfobia e do capacitismo e às lutas correlatas das populações vulnerabilizadas

pelos processos de dominação colonial e de que o compromisso com uma sociedade mais justa se dá na prática cotidiana. A facilitação traz à tona a necessidade de se implicar com a seguinte interrogação: "E eu com isso?"

Todo conteúdo foi pensado para trazer esse incômodo e fazer se enxergar na sociedade. Mas, principalmente, para conduzir as pessoas brancas do grupo a se enxergarem nesse processo. Aqui a branquitude é apresentada como um sistema de privilégios que, ao não ser nomeada a partir de sua raça, confere ao sujeito branco a falsa sensação de "universalidade da experiência vivida", como apontam os estudos sobre a branquitude (Bento, 2022; Diangelo, 2018). Evocamos Bento (2022 p. 19) e sua pergunta desconfortante: "para quem ficaram as coisas boas de 350 anos de escravização?"

O corpo, nesse momento, denuncia o desconforto. Em várias turmas, o comportamento de pessoas brancas era quase que coreográficas: correção da postura na cadeira, inquietude para ajeitar os cabelos, braços cruzados e pernas em movimentos rápidos. Muitas vezes, foi possível observar pessoas saindo da sala ou até mesmo voltando sua atenção para o *smartphone*.

Outro comportamento quase que recorrente era a vergonha e o sentimento de culpa de muitos participantes durante a formação, trazendo para a experiência vivida aquilo que Kilomba (2020) reflete a partir de Paul Gilroy sobre os cinco mecanismos de defesa do ego branco:

> Durante um discurso público Paul Gilroy descreve cinco mecanismos distintos de defesa do ego pelos quais o sujeito branco passa a fim de ser capaz de "ouvir", isto é, para que possa se tornar consciente de sua própria branquitude e de si própria como perpetradora do racismo: negação; culpa; vergonha; reconhecimento; reparação (Kilomba, 2020, p. 43)

No lugar de facilitador, coube a mim a condução até o estágio do reconhecimento, a partir da reflexão individual, disparando perguntas sobre: Quem somos na estrutura social? Que privilégios nos atravessam? O que faremos com os privilégios que temos?

Aqui dialogamos com o pacto narcísico da branquitude, conceito também trazido durante a formação. Bento (2022), ao descrever o pacto narcísico da branquitude, retrata que pessoas brancas, ao não serem induzidas a discutirem sobre si a partir sua raça, se protegem de experiências

desconfortáveis sobre as relações étnico-raciais na sociedade. Durante o primeiro dia, muitos se mostravam surpresos com o que era trazido, e a todo momento questionava-se: "A quem interessa vocês não saberem essa história?" e "O que não saber disso implicou em sua vida pessoal e profissional até aqui?"

Durante tal discussão em uma turma, uma colega que participava pediu a palavra. Eu, cansado de falar, caminhei em direção a mesa para molhar a palavra com uma garrafa d'água. Ela, ao receber a palavra, pediu desculpas por intervir, mas queria compartilhar algo com a turma. Era importante afirmar que não eram necessárias as desculpas, que ali não havia monopólio da palavra e que ela poderia trazer sua vivência.

Logo na primeira frase ela já traz seu lugar: "*Sou mãe preta, de um menino preto*". Ali aquela mãe trabalhadora trouxe um relato muito íntimo e forte sobre uma experiência racista que seu filho de 3 anos de idade vivenciou em uma comemoração escolar. Aquele relato foi ouvido por muitos com espanto, como uma criança tão pequena já vivenciava o racismo? Com a fala firme e forte ela finaliza dizendo: *"Pra vocês brancos, que estão sendo chamados a racialização hoje. Que agora se enxergam como vocês são, pessoas brancas, e se deram conta dos inúmeros privilégios que tiveram durante toda sua vida.... Meu pequeno já foi chamado a se enxergar como preto nessa sociedade antes de compreender o mundo. "*

Durante toda a Jornada, o que foi trazido provocava gatilhos emocionais em muitas pessoas – sendo muito mais dolorosas para pessoas negras que são evocadas a reviver essas experiências. Contudo, tal estratégia de desconforto provoca sensações temporárias na branquitude. Ao tempo que pessoas negras vivem tal desconforto todo o tempo desde a infância.

Nessa jornada, e aqui não falo do projeto, mas sim do compromisso pessoal com o antirracismo, cabe a certeza de que o lugar social não é destino, mas sim um campo de disputa.

iii) Políticas públicas e saúde da população negra.

No terceiro e último dia de encontro, o foco é trazido para a trajetória histórica das lutas do movimento negro na saúde, os marcos legais da equidade étnico-racial e um olhar sobre as diretrizes da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN). Aqui é trazido o impacto

do racismo sobre a saúde da população negra e os participantes são convocados a proporem ações e comprometer-se com práticas antirracista no seu dia a dia e no seu trabalho.

Um relato, em especial, me atravessou: a tristeza de algumas pessoas mais velhas, militantes históricos do Movimento Negro, ao perceberem que parte significativa do que foi construído com suor, dor e enfrentamento nunca foi reconhecido. Pior: era agora apresentada aos mais jovens como novidade. Muito pelo contrário, como nos advertem muitos pensadores negras, "nossos passos vêm de longe" (Werneck; Mendonça; White, 2000).

A luta antirracista no campo da saúde no Brasil não começa hoje, nem cabe nos moldes da estética performática das redes sociais. Ignorar essa trajetória é pactuar com a manutenção de um sistema que esvazia a política e consagra ícones como totens – embrulhados para consumo – que servem mais ao capital do que à transformação social. Nesse apagamento, o passado é desfeito e o futuro sequestrado.

Assim, ao final do último dia da Jornada de Equidade Étnico-Racial, como forma de agradecer e reconhecer a luta de quem veio antes de mim, um quadro com os rostos e os nomes daqueles que me inspiraram e me deram forças para estar ali era apresentado aos participantes. Ainda, um convite aos que estavam ali para falarem seus nomes, tirarem fotos e lerem as produções intelectuais, as histórias de vidas e o legado daqueles nomes na construção do SUS.

Ao final daquela grande roda, os participantes eram convidados a pensar em ações concretas que pudessem ser implementadas em seus departamentos, coordenações e espaços de atuação na SVSA, com o compromisso de fortalecer a pauta antirracista na Vigilância e no SUS. Como gesto de encerramento, cada pessoa recebeu uma carta simbólica, contendo palavras de encorajamento para que permaneçam firmes na luta por uma saúde pública mais justa e racialmente comprometida.

FECHANDO A GIRA

A construção do projeto da Jornada de Equidade Étnico-Racial se deu ao longo de 2023, em meio à intensa agenda de entregas e articulações

políticas. Naquele ano, a elaboração dos Boletins Epidemiológicos Saúde da População Negra (Volumes I e II) e a realização do I Seminário Nacional de Vigilância em Saúde da População Negra dominaram minha rotina. Paralelamente, as representações institucionais, reuniões técnicas e agendas urgentes exigiam esforços contínuos e coletivos, em um contexto marcado por disputas políticas e tensionamentos internos.

Ainda assim, entre uma entrega e outra, fui gestando a Jornada como um espaço de formação e provocação crítica dentro da SVSA. A expectativa era grande. Por isso, ao retornar das minhas férias, em fevereiro de 2024, e encontrar apenas nove pessoas inscritas para a primeira turma, um sentimento de desalento me atravessou. Mas aquele não era um desalento qualquer. Carregava o peso simbólico de um projeto sonhado, planejado com tanto cuidado, e que agora parecia ameaçado ainda antes de começar. Tratou-se de um analisador das condições estruturais em que o projeto foi desenvolvido. Apesar de um ano de planejamento e do apoio institucional da Secretaria, as limitações orçamentárias e a concentração de responsabilidades pedagógicas e logísticas revelaram o quanto a execução de políticas públicas, mesmo bem-intencionadas, continua marcada por precarização de recursos humanos, financeiro e vontade política.

Para viabilizar o projeto, a estratégia foi convidar pessoas mais próximas. Fiz reiterados convites para que participassem e, assim, conseguimos formar uma turma pequena em tamanho, mas que seus participantes, ao serem impactadas com aquele projeto, "vestiram a camisa" e tornaram-se defensores e divulgadores do projeto. Em pouco tempo, aquele se tornou um projeto aclamado pelos egressos e desejado por quem ainda não havia participado, expandindo vagas para outras secretarias e outros ministérios, dentro da Esplanada e para instituições de ensino e pesquisa entre outros interessados.

De fevereiro a novembro de 2024, foram realizadas nove turmas, contabilizando a participação de mais de 300 trabalhadores e trabalhadoras. Dentre os que responderam o formulário de inscrição (n: 398), 64% afirmaram não ter tido acesso a temática sobre raça, racismo, relações étnico-raciais em saúde durante sua graduação. Das pessoas que participaram, 66% eram mulheres cisgêneras, 27% homens cisgêneros e 5% população transgênera, travestis e não binárias. Como orientação sexual, declararam-se como heterossexuais 71%, bissexuais 10%, gays 8,4% e lésbicas 2,7%. Católicos e

evangélicos representavam a maioria, 36% e 12% respectivamente.

O perfil étnico-racial das turmas: 42% brancos, 57% pretos e pardos, 0,4% indígenas e 0,4% amarelos. Vale salientar que o perfil racial sofreu uma profunda modificação a partir da Jornada realizada com os trabalhadores e trabalhadoras terceirizados do Centro Nacional de Primatas em Ananindeua (PA), representando a maior turma até o momento, com mais de 70 participantes, dos setores de limpeza, segurança, tratamento dos animais e administrativo. Em Brasília, o perfil racial majoritário das turmas era de pessoas brancas.

Essa experiência, para além de resultados na esfera individual de quem dela participou, possibilitou mudanças de posturas institucionais em prol da equidade racial, o que facilitou a entrega de muitas ações. Em cada departamento, era possível identificar um egresso que se engajava na pauta e fomentava mudanças.

Entre 2023 e abril de 2025, a Secretaria de Vigilância em Saúde Ambiente entregou algumas ações como:

i. Adequação de representatividade e diversidade nas campanhas por ela conduzida;
ii. Boletim Epidemiológico de Saúde da População Negra (Volumes 1 e 2)
iii. Campanha do quesito raça-cor e etnia;
iv. Estratégias de vacinação para cobertura vacinal em comunidades quilombolas e indígenas através da operação gota;
v. Curso básico de diversidade e inclusão para emergências em saúde pública;
vi. Inserção de diretrizes de atenção diferenciada às populações LGBTQIA+, quilombolas, mulheres, crianças, idosos e pessoas com deficiências nos planos de contingências e protocolos produzidos no âmbito do departamento de emergências em saúde pública;
vii. Reserva de vagas para as turmas do Programa de Treinamento em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS (EPISUS);
viii. Curso autoinstrucional de Análises de Indicadores de Saúde da População Negra – PROFEPI;
ix. Painel de desigualdade racial no Centro Nacional de Inteligência Epidemiológica (CNIE).

O que posso afirmar é que é possível fazer quando o projeto é coletivo. Assim, enquanto sujeito, profissional de saúde, pesquisador da Saúde Coletiva e homem negro, posso dizer que tal experiência produziu ecos em muitos lugares.

Opto por não fechar este texto em silêncio. Recordo do meu último final de semana em Brasília. O retorno para minha cidade natal, Vitória (ES), se deu por inúmeros fatores, questões familiares e o término do doutorado apressaram meu retorno. Em meio ao caos de mudança, trabalho, aulas e certo pavor, retorno à Brasília.

Recebi um ingresso para assistir a um show de uma cantora negra que, em sua pele caju e sua voz marrom aveludada, me cativara a anos e com a qual matinha o compromisso de sempre ir prestigiar, uma voz tão transgressora, potente e envolvente. Estava cansado, o tempo nublado não era muito convidativo a sair.

Firme na minha convicção de cumprir acordos, fui até o show com aquele amigo carinhosamente chamado "casca de bala". Na atmosfera flutuante, dançava o suspiro de felicidade no esperançar de que tudo aquilo vivido até àquele momento, e que, talvez em uma decisão descuidada, tornar-se-ia lenda, não era o foco ali. Naquele momento, o que pulsava em mim era o grave do contrabaixo. Os melismas vocais em aquarela de luz a mim se mostravam e vertiam lágrimas, agora sem preocupações de julgamento, só vertiam.

Quando ela se despediu do público – para mim era um até breve –, sinalizava que meu último fim de semana na capital do país se findava, meu retorno para terras capixabas, o seio da minha família, minhas atividades acadêmicas, se aproximava. O corpo ainda arrepiado pelo vivido, apenas sentia a tristeza da finitude, ora tudo acaba.

Quando saía do espaço, uma jovem chama meu nome. Ela, negra com tranças longas e sorriso largo, me interpelava com um olhar muito doce. Ao se apresentar, ela diz que participou da Jornada e que, até aquele momento, não tinha se percebido enquanto uma profissional de saúde negra, sendo o evento um divisor de águas em sua vida.

Ela pega minhas mãos e, em tom quase profético-poético sobre o que vislumbra para si, entoa palavras que no meu corpo cobriram quase como uma armadura, reafirmando minha crença de que sempre vale a pena as possibilidades de provocar ranhuras nas teias dos instituídos. Aquela

jovem a mim direcionou essas palavras: *"Quando você achar que não valeu a pena, lembra de mim".*

Tornei-me sujeito a partir da escrita. Afinal aprendemos a língua do colonizador não para reverenciá-lo, mas para conjurar sua queda em sua própria gramática.

REFERÊNCIAS

AKOTIRENE, C. **Interseccionalidade.** São Paulo: Pólen, 2019. (Feminismos plurais).

ALMEIDA, A. R.; EUGENIO, B.; GARCIA, F. M. Concepções de letramento racial nas dissertações e teses: revisão sistemática entre 2017-2022. Sertanias: **Revista de Ciências Humanas e Sociais**, v. 4, n. 1, p. 1-16, 27 dez. 2023. Disponível em: https://periodicos2.uesb.br/index.php/sertanias/article/view/13006. Acesso em: 1 mar. 2024.

ALMEIDA, S. **O que é racismo estrutural?** Belo Horizonte - MG: Letramento, 2018. (Feminismos plurais).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Étnico-Racial de Trabalhadores do Ministério da Saúde**. V1. Brasília-DF: Editora MS, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/boletim_etnico_racial_MS_v1.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025

BARBOSA, M. I. D. S. **Racismo e saúde.** 1998. Tese (Doutorado) –Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998. Disponível em: http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-08042020-101524. Acesso em: 1 set. 2024.

BENJAMIN, W. **Obras escolhidas:** magia e técnica, arte e política. Tradução: Sergio Paulo Rouanet. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987. v. 1.

BENTO, C. **O Pacto da Branquitude.** São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

BORGES, G. C. C. A ideia de narrativa de Walter Benjamin e seus desdobramentos. **Revista Lampejo**, v. 6, n. 2, n. 12, p. 63-77, 2017.

CARNEIRO, S. **Dispositivo de racialidade:** a construção do outro como não ser como fundamento do ser. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2023.

CORDEIRO, M. V. da S. *et al*. Entre a avenida do samba, a produção e o cuidado de saúde como possibilidades de vida. In: ANDRADE, M. A. C. *et al*. (Org.). **Gestão e práticas em saúde coletiva no contexto da pandemia de Covid-19**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021. v. 14. (Série Interlocuções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde). Disponível em: https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/01/Livro-Gestao-e-Praticas-em-Saude-Coletiva-no-contexto-da-pandemia-de-COVID19.pdf. Acesso em: 24 mar. 2025.

CORDEIRO, M. V. da S.; MARTINS, G. B.; LIMA, R. de C. D. Tecer (cor) possibilidades de vida: determinantes sociais em saúde nas narrativas e histórias de Carolina Maria de Jesus. In: COQUEIRO, J. M.; BARBOSA, J. P. M.; FIGUEIREDO, T. A. M., organizadores. **Rizoma III**: saúde coletiva e instituições. Jundiaí: Paco, 2021.

DIANGELO, R. Fragilidade branca. **Revista ECO-Pós**, v. 21, n. 3, p. 35-57, 26 dez. 2018. Disponível em: https://revistas.ufrj.br/index.php/eco_pos/article/view/22528. Acesso em: 13 jun.2022.

GUZZO, Morgani. Conceição Evaristo: a escrevivência das mulheres negras reconstrói a história brasileira. **Catarinas**, Florianópolis, 28 jul. 2021. Disponível em: https://catarinas.info/conceicao-evaristo-a-escrevivencia-das-mulheres-negras-reconstroi-a-historia-brasileira/. Acesso em: 26 ago. 2025.

EVARISTO, C. Gênero e etnia: uma escre(vivência) de dupla face. In: MOREIRA, N. M. B.; SCHNEIDER, L. (Orgs.). **Mulheres no mundo**: etnia, marginalidade e diáspora. João Pessoa: UFPB, Ideia/Editora Universitária, 2005. p. 201-212.

EVARISTO, C. Literatura negra: uma voz quilombola na literatura brasileira. In: PEREIRA, Edimilson de Almeida (Org.). **Um tigre na floresta de signos**: estudos sobre poesia e demandas sociais no Brasil. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010. p. 132-142.

EVARISTO, C. **Histórias de leves enganos e parecenças**. Rio de Janeiro: Malê, 2016.

FANON, F. **Pele negra, máscaras brancas**. Tradução: R. da Silveira. Salvador: EDUFBA, 2008.

GONZALEZ, L. **Por um feminismo afro-latino-americano**: ensaios, intervenções e diálogos. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2020.

GONZALEZ, L.; HASENBALG, C. **Lugar de negro**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1982. v. 3. (Coleção 2 pontos).

HOLANDA, F. Construção de narrativas em história oral: em busca dos narradores plenos. **Oralidades: Revista de História Oral**, v. 1, n. 6, p. 15–33, jun. 2007.

JESUS, V. de. Racializando o olhar (sociológico) sobre a saúde ambiental em saneamento da população negra: um continuum colonial chamado racismo ambiental. **Saúde e Sociedade**, v. 29, n. 2, p. e180519, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902020000200305&tlng=pt. Acesso em: 18 abr. 2021.

KILOMBA, G. **Memórias da plantação**. Tradução: J. Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2020.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 5, p. 1595-1601, out. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000500034&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 17 jun. 2023.

MBEMBE, A. **Crítica da razão negra**. Tradução S. Nascimento. 2. ed. São Paulo: n-1 Edições, 2018.

NASCIMENTO, A. do. **O genocídio do negro brasileiro**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2016.

SANTA ROSA, P. L. F.; OLIVEIRA, J. S. R. de. Reflexões sobre letramento racial para profissionais de saúde. **Revista Remecs – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, p. 21, jul. 2024. Disponível em: https://revistaremecs.com.br/index.php/remecs/article/view/1565. Acesso em: 24 mar. 2025

SANTOS, J. R. dos. O negro como lugar. In: MAIO, M. C.; SANTOS, R. V., organizadores. **Raça, ciência e sociedade** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; CCBB, 1996. p. 219–223. Disponível em: http://books.scielo.org/id/djnty/epub/maio-9788575415177.epub. Acesso em: 6 abr. 2020.

WERNECK, J.; MENDONÇA, M.; WHITE, E. C. (ORG). **O livro da saúde das mulheres negras:** nossos passos vêm de longe. Rio de Janeiro: Pallas: Criola, 2000.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 535–549, set. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000300535&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 20 maio 2020.

SOBRE AS AUTORAS E OS AUTORES

ADAUTO EMMERICH OLIVEIRA
Dentista. Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro do Observatório de Saúde na Mídia do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9679-8592

ADRIANA DRUMMOND DE AGUIAR
Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2305-4218

ADRIANA ILHA DA SILVA
Assistente Social. Doutora em Política Social pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Coordenadora do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8698-5768

AMANDA DA SILVA COSTA
Graduanda em Enfermagem pela Multivix Vitória. Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0395-382X

ANA CLAUDIA PINHEIRO GARCIA
Cientista Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4752-830X

ANA PAULA GOMES DA CRUZ
Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Pesquisa do Laboratório CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0913-8060

ANDRESSA TOMAZINI BORGHARDT
Enfermeira. Mestre em Enfermagem profissional pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2233-3880

ANGÉLICA ESPINOSA BARBOSA MIRANDA
Médica. Doutora em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5556-8379

BRUNA LIGIA FERREIRA DE ALMEIDA BARBOSA
Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0085-049X

CAMILA LAMPIER LUTZKE
Dentista. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6839-3902

CAMILA MEDEIROS CRUVINEL CUNHA
Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa do CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1520-886X

CÂNDIDA CANIÇALI PRIMO
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc) e do CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5141-2898

CAROLINA DUTRA DEGLI ESPOSTI
Dentista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Membro do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva (LAPROSC/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8102-7771

CAROLINE RODRIGUES THOMES
Cirurgiã-dentista. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Pesquisa Investigação em Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (iPICS) da Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3522-5368

DAYANA PEREIRA JUSTINIANO
Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0009-0009-0902-0204

DEISE BERGER VELTEN RAMOS
Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8750-0782

DHERIK FRAGA SANTOS
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-9351-7185

DILZILENE CUNHA SIVIRINO FARIAS
Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa do CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000.0001.9960-8080

EDNA CASTRO DE OLIVEIRA
Pedagoga. Doutora em Educação pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Coordenação do Núcleo de Educação de Jovens e Adultos do Centro de Educação da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0798-7090

ELIANE DE FÁTIMA ALMEIDA LIMA
Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5128-3715

ELIZANGELA SANT'ANNA DA SILVA
Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6532-1142

ERIKA MARIA SAMPAIO ROCHA
Médica. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4347-0531

ETHEL LEONOR NOIA MACIEL
Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Pós-doutora em Epidemiologia na Johns Hopkins University (Baltimore, Maryland, EUA). Professora Titular do Departamento de Enfermagem e Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4826-3355

FABIANA TURINO
Farmacêutica. Doutora e Pós-doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5291-1346

FABRICIA BARCELLOS SOUZA MORO
Enfermeira. Especialista em Assistência em Enfermagem em UTI pelo Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes (HUCAM/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0009-0004-6009-2223

FRANCIÉLE MARABOTTI COSTA LEITE
Enfermeira. Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Membro do Laboratório de Estudos sobre Violência, Saúde e Acidentes (Lavisa/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6171-6972

FRANCIS SODRÉ
Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Membro do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4037-9388

GABRIELA GIMENEZ FAUSTINO ILANA
Graduada em Ciências da Informação. Doutora em Investigação Biomédica. Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0517-7783

GREYCE POLLYNE SANTOS SILVA MINARINI
Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Pesquisa CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0935-9098

HELETÍCIA SCABELO GALAVOTE
Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4490-6763

HILMARA APARECIDA DE JESUS MAIOLI
Enfermeira. Especialista em Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-2383-6025

IVONE EVANGELISTA CABRAL
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1522-9516

JANDESSON MENDES COQUEIRO
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Coordenador do Grupo de Pesquisa Rizoma: Saúde Coletiva & Instituições/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5321-5174

JOÃO PAULO COLA
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (LabEpi/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4972-4686

JULIA DA SILVA PAPI DINIZ
Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6678-8705

JULIA MARINA SIMAN DIAS
Enfermeira. Bolsista em Pesquisa Clínica pela Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9410-4289

KARINE RIBEIRO NUNES DA PUREZA
Enfermeira. Mestre em Administração de Empresas pela FUCAPE. Membro da Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem (COMISAE). Membro do Projeto de Redução de Infecções em Cesariana no Hospital Universitário Cassiano Antonio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (HUCAM/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5445-1438

KARLA DE MELO BATISTA
Enfermeira. Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9560-6627

KELLY CHRISTINY DA COSTA
Educadora artística. Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8434-9431

LAÍS CAETANO SILVA
Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-graduação em Enfermagem Profissional da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Pesquisa CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4565-3342

LARISSA HÉLIDA DA SILVA E SILVA BIAZATTI
Bióloga. Graduanda em Enfermagem pelo Centro Universitário Multivix. Orcid: https://orcid.org/0009-0009-0046-8133

LETÍCIA MOLINO GUIDONI
Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (LabEpi/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-3737-5407

LETICYA DOS SANTOS DE ALMEIDA NEGRI
Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (LabEpi/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0056-4506

LOHAYNE GRUND ROCHA MIRANDA
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0009-0001-5378-1459

LORENA ESTEVAM MARTINS FERNANDES
Assistente Social. Doutora em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES/Ufes); Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6113-4817

LORENA FERREIRA
Cirurgiã-dentista. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Membro do grupo do Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva (LAPROSC/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-5707-5677

LUCIENE ROSSATTI LOUREIRO
Enfermeira. Área Técnica da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1551-0858

LUIS CARLOS ALVES DE OLIVEIRA
Estatístico. Especialista em Administração de Empresas pela Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas (FGV EAESP). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-7800-8606

MARA REJANE BARROSO BARCELOS
Médica. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7288-9468

MARCELO ELISEU SIPIONE
Nutricionista. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-1536-6374

MÁRCIA VALÉRIA DE SOUZA ALMEIDA
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1318-7084

MARCOS VINICIUS DA SILVA CORDEIRO
Fonoaudiólogo. Mestre e Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Laboratório de Epidemiologia (LabEpi/Ufes) e do GT Racismo e Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8992-5514

MARIA ANGÉLICA CARVALHO ANDRADE
Médica. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3690-6416

MARIA CECÍLIA MOUTINHO CAMARGO
Enfermeira. Doutoranda em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Orcid: https://orcid.org/0009-0002-0273-8693

MARIA EDLA DE OLIVEIRA BRINGUENTE
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5151-5368

MARIA HELENA DA COSTA AMORIM
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4252-7092

MARIA HELENA MONTEIRO DE BARROS MIOTTO
Cirurgiã Dentista. Doutora em Odontologia pela Universidade de Pernambuco (UPE). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-3227-7608

MARILENE GONÇALVES FRANÇA
Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4712-9907

MARLY MARQUES DA CRUZ
Psicóloga. Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Líder do grupo de pesquisa Avaliação de Políticas e Programas de Controle de Processos Endêmicos da ENSP. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-4061-474X

MAYCON CARVALHO DOS SANTOS
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6135-7156

MICHELE DA SILVA
Enfermeira. Mestre em Enfermagem Profissional pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2854-562

MICHELE NACIF ANTUNES
Graduada em Comunicação Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Comunicação e Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8500-8930

MICHELLE ANNE DE OLIVEIRA BATISTA SALGUEIRO
Enfermeira. Mestranda no Programa de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0258-1913

NICOLI RIBEIRO DE JESUS
Enfermeira. Consultora em Lactação e Cuidados com o Recém-Nascido pela AMA Consultoria. Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2333-8699

PABLO DE ALMEIDA BOITEUX
Médico. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0596-5373

PAOLA PINHEIRO BERNARDI PRIMO
Graduada em Comunicação Social. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Comunicação e Saúde Coletiva (Nupgasc) e do CuidarTech – Laboratório de Tecnologias em Saúde/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6954-1046

PAULA BOURGUIGNON ESTEVES
Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0009-0009-0069-6697

RAFAEL VULPI CALIARI
Farmacêutico. Analista de Políticas Sociais. Doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-4723-8860

RITA DE CÁSSIA DUARTE LIMA
Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-5931-398X

ROSEANE VARGAS ROHR
Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Líder do grupo de estudos e pesquisas Arte, Ciência e Cuidado em Saúde. Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9501-9481

ROSEMEIRE ANDREATTA
Enfermeira. Mestranda Profissional em Gestão da Qualidade em Serviços de Saúde (Mestrado QualiSaúde) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0607-9958

ROSIMERE DE CARVALHO LESSA
Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Pesquisa em Assistência e Educação integradas em Saúde (GPAEiS/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0009-0004-2249-6411

SANDRA DE VASCONCELLOS SCHMIDT
Cirurgiã-dentista. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8029-4517

SARAH PIMENTEL RODRIGUES
Graduanda em Direito pela Fundação de Assistência e Educação (FAESA). Orcid: https://orcid.org/0009-0003-7572-9218

SHEILA CRISTINA DE SOUZA CRUZ
Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcird.org/0000-0002-5499-4405

TATIANE COMÉRIO
Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-9960-8080

THAIS DA ROCHA CICERO PINTO
Enfermeira. Mestre em Enfermagem Profissional pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8693-8486.

THAIS DE ANDRADE GODOI GONZAGA DE ALMEIDA
Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Profissional pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGENF/Ufes)Orcid: https://orcid.org/0000-0003-0869-7909

THAMIRES FONTOURA CANTALEJO
Nutricionista. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do CuidarTech/Ufes. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-8423-9048

THIAGO DIAS SARTI
Médico. Doutor em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP). Membro do Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-1545-6276

THIAGO NASCIMENTO DO PRADO
Enfermeiro. Doutor em Doenças Infecciosas pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Laboratório de Epidemiologia da Universidade Federal do Espírito Santo (LabEpi/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-8132-6288

TULIO ALBERTO DE FIGUEIREDO
Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Membro do Grupo de Pesquisa Rizoma - Saúde Coletiva e Instituições. Orcid: https://orcid.org/0000-0002-6476-9009

TÚLIO BATISTA FRANCO
Psicólogo. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Membro do Núcleo de Estudos em Cuidados Intermediários e Redes de Atenção à Saúde da Universidade Federal Fluminense (NECIRAS/UFF). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7372-5262

VANEZIA GONÇALVES DA SILVA
Enfermeira Obstetra. Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-6667-580X

WÂNIA RIBEIRO TRINDADE
Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0001-7372-5297

WELLINGTON SERRA LAZARINI
Enfermeiro. Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes). Membro do Grupo de Estudo em Trabalho e Saúde (GEMTES/Ufes). Orcid: https://orcid.org/0000-0003-2798-7223

WILLER FRANÇA FIOROTTI
Médico pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (Emescam). Orcid: https://orcid.org/0000-0002-0918-3419

GESTÃO E PRÁTICA EM SAÚDE COLETIVA: DIFERENÇA OU REPETIÇÃO

PUBLICAÇÃO

Organização

Maria Angélica Carvalho Andrade
Rita de Cássia Duarte Lima
Fabiana Turino
Jeanine Pacheco Moreira Barbosa
Thiago Dias Sarti
Ana Claudia Pinheiro Garcia
Eliane de Fátima Almeida Lima

Editora

Rede UNIDA

Coordenador Geral da Associação Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial da Rede UNIDA

Editores-Chefes:

Alcindo Antônio Ferla e Hêider Aurélio Pinto

Editores Associados da Rede UNIDA

Carlos Alberto Severo Garcia Júnior, 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, Stela Nazareth Meneghel, Stephany Yolanda Ril, Suliane Motta do Nascimento, Vanessa Iribarrem Avena Miranda, Virgínia de Menezes Portes.

Conselho Editorial da Rede UNIDA

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil), Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil),

Àngel Martínez-Hernáez (Universitat Rovira i Virgili, Espanha), Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália), Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália), Berta Paz Lorido (Universitat de les Illes Balears, Espanha), Celia 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), Êrica 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) e Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial da Rede UNIDA
Alana Santos de Souza, Camila Fontana Roman, Carolina Araújo Londero e Jaqueline Miotto Guarnieri.

Coedição
AREA27

Coordenação e Produção Editorial
Rodrigo Andrade Alvarenga

Autores
Adauto Emmerich Oliveira
Adriana Drummond de Aguiar
Adriana Ilha da Silva
Amanda da Silva Costa
Ana Claudia Pinheiro Garcia
Ana Paula Gomes da Cruz
Andressa Tomazini Borghardt
Angélica Espinosa Barbosa Miranda
Bruna Ligia Ferreira de Almeida Barbosa
Camila Lampier Lutzke
Camila Medeiros Cruvinel Cunha
Cândida Caniçali Primo
Carolina Dutra Degli Esposti
Caroline Rodrigues Thomes
Dayana Pereira Justiniano
Deise Berger Velten Ramos
Dherik Fraga Santos
Dilzilene Cunha Sivirino Farias
Edna Castro de Oliveira
Eliane de Fátima Almeida Lima
Elizangela Sant'Anna da Silva
Erika Maria Sampaio Rocha
Ethel Leonor Noia Maciel
Fabiana Turino

Fabricia Barcellos Souza Moro
Franciéle Marabotti Costa Leite
Francis Sodré
Gabriela Gimenez Faustino Ilana
Greyce Pollyne Santos Silva Minarini
Heletícia Scabelo Galavote
Hilmara Aparecida de Jesus Maioli
Ivone Evangelista Cabral
Jandesson Mendes Coqueiro
João Paulo Cola
Julia da Silva Papi Diniz
Julia Marina Siman Dias
Karine Ribeiro Nunes da Pureza
Karla de Melo Batista
Kelly Christiny da Costa
Laís Caetano Silva
Larissa Hélida da Silva e Silva Biazatti
Letícia Molino Guidoni
Leticya dos Santos de Almeida Negri
Lohayne Grund Rocha Miranda
Lorena Estevam Martins Fernandes
Lorena Ferreira
Luciene Rossatti Loureiro
Luis Carlos Alves de Oliveira
Mara Rejane Barroso Barcelos
Marcelo Eliseu Sipione
Márcia Valéria de Souza Almeida
Marcos Vinicius Da Silva Cordeiro
Maria Angélica Carvalho Andrade
Maria Cecília Moutinho Camargo
Maria Edla de Oliveira Bringuente
Maria Helena da Costa Amorim
Maria Helena Monteiro de Barros Miotto
Marilene Gonçalves França
Marly Marques da Cruz

Maycon Carvalho dos Santos
Michele da Silva
Michele Nacif Antunes
Michelle Anne de Oliveira Batista Salgueiro
Nicoli Ribeiro de Jesus
Pablo de Almeirda Boiteux
Paola Pinheiro Bernardi Primo
Paula Bourguignon Esteves
Rafael Vulpi Caliari
Rita de Cássia Duarte Lima
Roseane Vargas Rohr
Rosemeire Andreatta
Rosimere de Carvalho Lessa
Sandra de Vasconcellos Schmidt
Sarah Pimentel Rodrigues
Sheila Cristina de Souza Cruz
Tatiane Comério
Thais da Rocha Cicero Pinto
Thais de Andrade Godoi Gonzaga de Almeida
Thamires Fontoura Cantalejo
Thiago Dias Sarti
Thiago Nascimento
Tulio Alberto de Figueiredo
Túlio Batista Franco
Vanezia Gonçalves da Silva
Wânia Ribeiro Trindade
Wellington Serra Lazarini
Willer França Fiorotti

Design Gráfico
Luana Luna
Lucyano Palheta
[AOQUADRADO]

Revisão de Texto
Déborah Vasconcelos

Agradecimentos

Agradecemos a todos que colaboraram nesta tarefa delicada, longa e exigente, que é a editoração científica. Em especial, somos gratos aos professores, discentes, pesquisadores e parceiros do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) pela confiança e generosidade em nos confiar seus textos.

Acesse o site do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo: https://saudecoletiva.ufes.br/

Este livro foi produzido pelas editoras Rede UNIDA e AREA27, em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva (Nupgasc), do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), em Vitória – ES, no ano de 2025. O texto foi composto nas fontes Antwerp e os títulos em Franklin Gothic.

Realização

Nupgasc
Núcleo de Pesquisa em Política, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva

Produção

editora
redeunida

AREA27

9 786554 622257 >